

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIE-PIERRE GAUDET

LIEN ENTRE LE STRESS PARENTAL DU PÈRE ET LA SÉVÉRITÉ DES
SYMPTÔMES CHEZ L'ENFANT FRÉQUENTANT UNE
CLINIQUE PÉDOPSYCHIATRIQUE

MARS 2000

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Sommaire

L'expérience du père a été moins explorée que celle de la mère à l'intérieur des recherches sur la famille malgré qu'il semble y avoir un lien considérable entre des dimensions spécifiques tel que le stress parental du père et les problèmes de comportement de l'enfant. C'est dans cette perspective que la présente étude propose d'examiner, à l'intérieur d'un échantillon d'enfants présentant des troubles pédopsychiatriques, les relations entre, d'une part, le stress parental rapporté par le père et la mère, et d'autre part, la sévérité des problèmes de comportement de l'enfant cible rapportée par le père lui-même, la mère et le pédopsychiatre traitant. Deux hypothèses sont émises : 1) il y a une corrélation positive entre le stress parental du père et la sévérité des problèmes de comportement chez l'enfant tel que rapportée par le père, la mère et le pédopsychiatre traitant ; 2) le stress parental du père est davantage en lien avec la perception qu'il a de la sévérité des symptômes chez son enfant qu'avec la perception qu'en ont la mère ou le pédopsychiatre. L'échantillon comporte 45 enfants âgés entre deux et neuf ans ($M=6,5$ ans; $E.T.=1,8$ ans) provenant de familles biparentales et fréquentant une clinique pédopsychiatrique. Trois instruments de mesures sont utilisés : le Behavior Rating Index for Children (BRIC; Stiffman, Orme, Evans, Feldman et Keeney, 1984), l'Indice de Stress Parental forme brève (Abidin, 1995) et l'Échelle d'Évaluation Globale (EGF) du DSM IV (APA, 1995). La sévérité des symptômes de l'enfant telle que perçue par le père s'est avérée significativement reliée à tous les domaines du stress parental des pères et des mères ainsi qu'au score total. Cependant, la sévérité des problèmes telle que rapportée par la mère n'est significativement associée qu'au domaine

«interaction dysfonctionnelle avec l'enfant» du père. La sévérité des symptômes telle que perçue par le pédopsychiatre n'est reliée à aucune des sous-échelles de l'indice de Stress Parental du père et de la mère. La durée de l'intervention, le sexe et l'âge de l'enfant n'expliquent pas de façon significative le stress parental du père. Les problèmes perçus par le père lui-même, la mère et le pédopsychiatre traitant expliquent 46% de la variance du stress parental total du père, 35% de la variance de la détresse parentale, 43% de la variance du stress relié aux difficultés de l'enfant et 39% de la variance du stress relié à la relation dysfonctionnelle père-enfant. La perception de la sévérité des problèmes du père est la variable qui explique spécifiquement la variance de son stress parental à tous les niveaux. L'existence d'un lien entre la sévérité des problèmes chez l'enfant fréquentant une clinique pédopsychiatrique et le stress parental du père a été constaté. Les résultats de la recherche confirment que la perception qu'a le père de la sévérité des symptômes est davantage en lien avec son stress parental que le sont la perception qu'en ont la mère et le psychiatre traitant. D'ailleurs leur perception de la sévérité des symptômes présentés par l'enfant s'est avérée non-concluante. Finalement, il n'y a pas de lien entre le stress parental paternel et les variables «âge de l'enfant» et «durée de l'intervention» mais un lien marginalement significatif a été observé avec la variable «sexe de l'enfant».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iii
LISTE DES FIGURES.....	v
INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE.....	7
1.1 Problématique.....	8
1.2 Le stress parental.....	14
1.3 Le stress parental et la relation parents-enfants	17
1.4 Les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés.....	19
1.5 Le stress parental et les problèmes de l'enfant	22
1.6 Différences père-mère	25
1.7 Objectif de la recherche	27
1.8 Hypothèses de recherche	28
CHAPITRE 2 : MÉTHODE.....	29
2.1 Sujets	30
2.2 Instruments de mesure	31
2.3 Déroulement	33
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS.....	35
3.1 La réduction des données	36
3.2 Analyses des données	36
3.3 Analyses descriptives	37
3.4 Analyses corrélationnelles	40
3.5 Analyses de régression multiple	45
CHAPITRE 4: DISCUSSION.....	56

CONCLUSION.....	69
RÉFÉRENCES.....	72
APPENDICE A : Le Behavior Rating Index for Children.....	81
APPENDICE B : L'Échelle d'Évaluation Globale.....	83

LISTE DES TABLEAUX

Tableau

1	Moyennes et écart-types obtenus par les hommes et les femmes à l'ISP.....	39
2	Moyennes et écart-types obtenus par les hommes et les femmes au BRIC et par le pédopsychiatre à l'EGF.....	40
3	Corrélations du stress parental paternel et maternel.....	43
4	Corrélations entre la sévérité des symptômes et le stress parental.....	44
5	Corrélations entre la durée du traitement, l'âge et le sexe de l'enfant et le stress parental du père.....	45
6	Analyses de régression multiple du stress parental paternel total en fonction des problèmes de l'enfant.....	47
7	Analyses de régression multiple de la détresse parentale paternelle en fonction des problèmes de l'enfant.....	48
8	Analyses de régression multiple du stress parental paternel relié à la relation dysfonctionnelle père-enfant en fonction des problèmes de l'enfant.....	50
9	Analyses de régression multiple du stress parental paternel relié aux difficultés de l'enfant en fonction des problèmes de l'enfant.....	51
10	Analyses de régressions multiples du stress parental maternel total en fonction des problèmes de l'enfant.....	52
11	Analyses de régression multiple de la détresse parentale maternelle en fonction des problèmes de l'enfant.....	54

Tableaux

12	Analyses de régression multiple du stress parental maternel relié à la relation dysfonctionnelle mère-enfant en fonction des problèmes de l'enfant.....	55
13	Analyses de régression multiple du stress parental maternel relié aux difficultés de l'enfant en fonction des problèmes de l'enfant.....	56

LISTE DES FIGURES

Figures

1	Modèle théorique du stress parental proposé par Abidin en 1976.....	15
2	Distribution du stress parental des pères et des mères.....	40
3	Distribution des enfants selon l'évaluation du fonctionnement global par le pédopsychiatre	41

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, Carl Lacharité, pour ses bons conseils, son assiduité et sa contribution au niveau technique. Je le remercie aussi de m'avoir donné l'opportunité de travailler comme assistante de recherche facilitant ainsi la collecte de données pour cette étude.

Je voudrais souligner l'importante contribution du Pavillon Arc-En-Ciel à partir duquel ont été recrutés les parents des enfants constituant l'échantillon de la présente recherche. Un merci particulier aux pères et aux mères qui ont bien voulu nous recevoir et nous donner de leur temps afin de répondre aux questionnaires.

Finalement, je veux remercier mes parents et amis qui m'ont apporté leur support et fait cadeau de leur présence. Tous ont contribué à ce que cette recherche demeure un projet motivant et agréable.

Introduction

Peu de recherches se sont penchées sur le lien entre le stress parental et la sévérité des symptômes des enfants en milieu psychiatrique. En fait, seulement une recherche aborde directement les désordres psychiatriques sans tenir compte des diagnostics spécifiques, celle de Garralda et Bailey en 1986. La plupart des recherches portent plutôt sur des populations problématiques cibles telles les autistes, les hyperactifs, les retards mentaux, les retards développementaux et sur des populations d'enfants ayant des problématiques médicales. Le but de cette recherche est d'examiner le lien entre la sévérité des problèmes de l'enfant ayant une problématique psychiatrique, peu importe le type, et le stress parental paternel. Cette étude ne s'intéresse donc pas aux influences exercées par diverses problématiques cliniques sur le stress parental. Cependant, c'est à partir de ces différentes populations cibles que l'élaboration du contexte théorique prendra forme.

De ces recherches, très peu font mention du père. Cependant, celles qui le font montrent une forte corrélation entre les réactions de stress du père et de la mère (Baker et Heller, 1996; Cameron, Dobson et Day, 1991; Darke et Goldberg, 1994; Konstantareas et Homantidis, 1989; Noh, Dumas, Wolf et Fisman, 1989). Ainsi, le contexte théorique a été principalement élaboré à partir d'études portant sur le stress parental maternel servant de base de référence pour comprendre le phénomène du stress parental chez le père.

L'étude comporte plusieurs chapitres. Le premier chapitre est subdivisé de la façon

suivante: d'abord, la pertinence de l'intérêt porté aux pères est relevée; ensuite une définition du stress parental est élaborée et suit un relevé de littérature de cette variable. En deuxième lieu, il est question de l'effet du stress parental sur la relation parent-enfant. Troisièmement, une définition des symptômes extériorisés et intériorisés est proposée ainsi qu'un relevé de littérature sur ce sujet. Viens ensuite le lien entre le stress parental et les problèmes de comportement puis le lien entre le stress parental et la sévérité de tels troubles. Puis, la différence entre les pères et les mères au niveau du stress parental est abordée. Finalement, l'objectif et les hypothèses de recherche sont présentés.

Le deuxième chapitre porte sur la méthode utilisée afin de réaliser la recherche. Il contient une description des sujets et fait mention de la validité et de la fidélité des tests employés. Il y est aussi présenté le déroulement de l'expérimentation.

Un troisième chapitre porte sur les analyses et les résultats obtenus. Dans cette partie de la recherche sont présentés la réduction des données, la nature de l'étude, les différentes analyses utilisées et les résultats de l'expérience.

Finalement, le dernier chapitre est consacré à la discussion des résultats présentés dans la partie précédente.

Contexte théorique

1.1 Problématique

Peu de choses sont encore connues sur l'impact des enfants présentant des problèmes comportementaux et émotionnels sur leur famille. Ce qui a été fait concerne presque exclusivement l'impact sur les mères (Phares, 1992). En effet, malgré le lien évident entre les désordres de comportement des enfants et le stress parental, la perception et les réactions qu'ont les pères des problèmes de comportement de leurs enfants ont été négligés (Baker et Heller, 1996).

Pourtant, le stress du père est relié à la qualité de la relation qu'il entretient avec l'enfant (Krauss, 1993). En effet, le stress parental vécu par le père est associé à une diminution de comportements positifs de sa part envers l'enfant et à une diminution de la sensibilité à l'enfant selon McBride (1989). Toujours selon cet auteur, le stress paternel est aussi associé à l'impression d'être moins compétent dans le rôle de parent. Une des conséquences d'un faible sentiment de compétence parentale chez les pères est qu'ils ont moins d'interaction avec leur enfant (Darke et Golberg, 1994). De plus, selon Holden et Banez (1996), un faible sentiment de compétence parentale est relié à l'augmentation des risques d'abus lorsque le stress associé au domaine de l'enfant est moyen ou élevé. Roy (1996) a, quant à elle, observé un lien positif direct entre le stress suscité par la conduite de l'enfant et le potentiel d'abus physique du père dans un échantillon de familles à risque psychosocial. De plus, elle

démontre que la description des problèmes de comportement chez l'enfant tels que perçus par le père et le niveau de stress de ce dernier sont reliés. Le stress parental paternel influence aussi négativement l'acceptation de l'enfant par le père, l'adaptation et l'attachement à l'enfant et ce, peu importe le statut médical de l'enfant (Darke et Goldberg, 1994).

Dans une étude dirigée par Javis et Creasey (1991) auprès d'un échantillon d'enfant prématurés, le stress parental relié au domaine de l'enfant était associé à un faible attachement à l'enfant de la part du père ($p < .001$) et de la mère ($p < .0001$). Cependant, Krauss (1993) observe que les pères stressés ont davantage de difficultés à former un attachement émotionnel avec leur enfant que les mères. C'est aussi ce que semble indiquer la recherche de Beckman (1991) puisque ces résultats proposent que les pères présentent davantage de problèmes d'attachement lorsqu'ils vivent du stress relié au domaine de l'enfant, ce qui les différencie entre autre du stress vécu par les mères. Le stress parental paternel semble donc avoir une influence négative sur la relation père-enfant.

Afin de souligner l'importance et la pertinence d'une meilleure compréhension de la relation père-enfant, il nous semble primordial de souligner l'importance du rôle du père dans le développement de l'enfant. Lamb (1986) suggère que la quantité de temps que les pères passent avec leur enfant est moins importante que la qualité de ces moments passés avec l'enfant et que la perception qu'ont la mère, le père et l'enfant de cette qualité.

Il importe d'abord de noter l'existence d'un lien d'attachement entre le père et son enfant avant la fin de la première année de vie. En effet, suite à un relevé de documentation,

Hornby (1994) a rapporté que les enfants développent un attachement aux deux parents vers l'âge de 6-8 mois, même s'ils passent habituellement moins de temps avec le père. En effet, le contact, même sporadique et bref du père avec l'enfant, est émotionnellement significatif pour celui-ci (Crockenberger, Dickstein et Lyons-Ruth, 1993). Cet attachement père-enfant est d'une importance notable puisque la plupart des enfants ont peu de contacts positifs avec une autre figure masculine (Biller, 1993). De plus, l'attachement est relié à la qualité de la relation père-enfant (Pedersen et Robson, 1969).

Lamb, Pleck et Levine (1985) ont ajouté que l'attachement au père joue un rôle crucial dans le développement socio-émotionnel de l'enfant. En effet, Easterbrooks et Goldberg (1984) ont rapporté que les enfants qui ont un attachement insécure à leur père sont décrits par leur professeur comme étant émotionnellement trop contrôlés et ayant des difficultés sur le plan de la socialisation. Aussi, les garçons ayant un attachement insécure au père sont significativement moins sociables avec les étrangers que ceux ayant un attachement sécure aux deux parents ($p < .005$) même s'ils sont en présence de leur parent (Kromelow, Harding et Touvis, 1990). Ainsi, le père influence positivement la sociabilité de l'enfant puisque Main et Weston (1981) ont aussi trouvé que les enfants insécures avec la mère mais sécures avec le père sont plus amicaux avec les étrangers que les enfants insécures aux deux parents. Koestner, Franz et Weinberger (1990) ont ajouté que l'attachement sécure au père durant l'enfance prédit la capacité d'empathie de l'enfant et les réponses émotionnelles positives dans les différentes phases développementales ultérieures. Selon Pedersen et Robson, (1969) l'attachement paternel est aussi associé à la qualité des soins donnés à l'enfant, à l'intensité

de l'investissement émotionnel et à la quantité de jeux stimulants que le père offre à l'enfant. C'est donc dire que l'attachement au père n'est pas à négliger puisque les comportements paternels influencent le fonctionnement de l'enfant et occupent une place que la mère ne peut prendre (Biller, 1993).

L'investissement paternel dans le jeu avec l'enfant est important car il semble que ce soit l'activité majeure du père auprès de son enfant. Hornby (1994) a rapporté que les pères prennent majoritairement la responsabilité du jeu et s'assurent de la conformité de l'enfant aux normes sociales. En effet, la recherche effectuée par Yogman (1981) suggère que, dans une situation de face à face, les pères jouent 87% du temps avec leur enfant comparés à 75% pour les mères. Malgré le fait que les pères participent moins que les mères dans les activités de soins, ils passent davantage de temps que les mères à des interactions de jeux (Parke et Tinsley, 1981). Ainsi, il est plus facile d'examiner la relation père-enfant que mère-enfant lors d'activités ludiques. Le jeu est d'ailleurs considéré comme le domaine principal permettant l'interaction père-enfant par Bridges et Connell (1991). Ce fait n'est pas banal puisque, selon Benedek (1970), le père joue un rôle d'enseignant et devient un modèle pour l'enfant ainsi qu'une source de soutien à travers le jeu. De plus, le jeu parent-enfant, et particulièrement celui père-enfant, est associé à la compétence sociale de l'enfant (Pettit, Brown et Mize, 1998).

Clarke-Steward (1978) a rapporté que les pères et les mères diffèrent sur le plan de la quantité d'interactions dans le jeu quoiqu'ils soient semblables au plan de la qualité de l'interaction et de l'attachement. La différence entre les pères et les mères ne se situe pas

seulement au niveau quantitatif dans le domaine du jeu. Yogman (1981) croit que le type de jeux diffère entre la mère et le père; ces derniers faisant davantage de jeux tactiles et de mouvements des membres à 70% contre 4% pour les mères. Biller (1993) aussi a observé que les pères jouent différemment avec leur enfant. Selon cet auteur, ils sont plus vigoureux, stimulent davantage à explorer et à examiner de nouveaux objets alors que les mères tendent plutôt à jouer avec des jeux pré-structurés et à des activités prévisibles. Lamb (1982) ajoute que lorsque les enfants ont le choix de contacts entre leurs deux parents, ils tendent à préférer les interactions de jeux avec le père s'ils ne sont pas en détresse. Lorsqu'ils sont en détresse cependant, ils recherchent davantage les contacts avec la mère.

Hornby, (1994) rapporte que, dès le départ, les pères et les mères adoptent des rôles différents envers leur enfants. Selon lui, les pères semblent influencer, plus que les mères, le développement des rôles sexuels des garçons et des filles. En fait, les pères influencent leurs enfants dans différents domaines. Ainsi, Parish et Copeland (1980) ont observé que les garçons provenant de familles où le père est absent ont un lieu de contrôle plus externe que ceux dont le père est présent. Biller (1993) explique que le père contribue au développement de l'auto-contrôle et aux standards moraux chez l'enfant. En plus, la privation paternelle est souvent associée à de l'insécurité dans le développement du concept de soi.

Biller (1993) appuie l'idée que le père est extrêmement important pour le développement émotionnel, intellectuel et social de l'enfant. Hornby (1994) soulève aussi que les soins paternels sont associés à la compétence sociale de l'enfant alors que l'absence physique ou psychologique de celui-ci est associée à des difficultés psychologiques chez le garçon et la

filles. Selon Biller (1993), les enfants ayant des pères engagés sont exposés à une plus grande variété d'expériences sociales. Ils entrent en contact de façon plus mature avec les étrangers et ont plus de compétences dans leurs réactions à des stimuli nouveaux et complexes. De plus, les pères sont plus tolérants que les mères devant les explorations de l'enfant. Ainsi, les soins paternels influencent positivement le désir de l'enfant à explorer son environnement et le fait de se sentir à l'aise avec un adulte (Epstein et Radin, 1975). Earls (1976) a ajouté que le père joue un rôle important dans le développement de l'autonomie. Ceci va dans le sens de la recherche de Baclay et Cusumano (1967) qui ont rapporté que les adolescents ayant un père absent sont plus dépendants. Ils ne diffèrent toutefois pas quant à leur identité sexuelle. Finalement, Koestner, Franz et Weinberger (1990) ont remarqué que la capacité d'empathie à l'âge adulte est la continuité d'un engagement positif du père dans les années pré-scolaires.

Radin (1981) dans sa recension d'écrits, relève l'importance du père dans le développement cognitif des enfants. En effet, selon Biller (1993) l'engagement du père est associé à la réussite scolaire. Il ajoute que les soins paternels sont reliés au fonctionnement cognitif alors que la privation paternelle diminue la compétence cognitive. Epstein et Radin avaient noté, dans leur étude en 1975, que les soins du père augmentent la motivation qui, elle, est reliée au fonctionnement cognitif.

Les différences observées par Bridges et Connell (1991) entre les mères et les pères dans les domaines du jeu et de l'attachement les amènent à penser que la relation père-enfant peut être qualitativement différente de la relation mère-enfant. Ces différences peuvent mener les

mères et les pères à apporter une contribution distincte et différente dans le développement de l'enfant. Belsky et al. (1989) ont rapporté qu'une mauvaise qualité de la relation père-enfant a des conséquences et nécessite d'inclure le père dans les interventions et conseils offerts aux familles pour la santé mentale de leurs enfants. En effet, la relation père-enfant peut contribuer de façon importante à la santé mentale de l'enfant d'après Crockenberger, Dickstein et Lyons-Ruth (1993). Toujours selon ces auteurs, en négligeant l'influence du père sur le développement de l'enfant, beaucoup d'occasions d'identifier des sources possibles de développement de pathologie et de santé mentale de l'enfant dans son environnement sont délaissées.

Le lien certain entre le stress parental paternel et la diminution de la qualité des interactions dans la relation père-enfant, ainsi que le constat de l'importance du rôle du père à différents plans dans le développement de l'enfant, viennent appuyer la démarche de cette recherche. L'étude portera donc sur le lien entre le stress parental du père et la sévérité des symptômes des enfants fréquentant une clinique pédopsychiatrique.

1.2 Le stress parental

Abidin (1990) a décrit le stress parental comme étant situationnel et directement relié au rôle de parent et à l'interaction avec l'enfant. Il s'agit d'un état de malaise ou d'inconfort relié à l'éducation de l'enfant. Cet auteur présente la restriction des activités personnelles, la soumission à plusieurs demandes de la part des enfants et l'adaptation de son quotidien

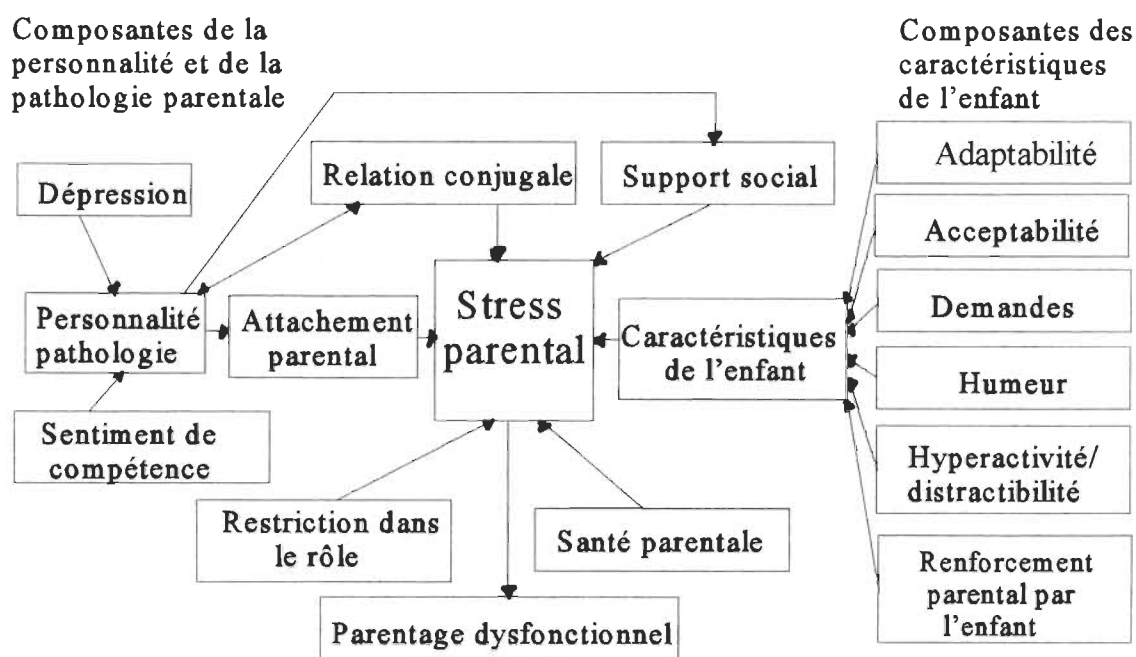


Figure 1. Modèle théorique du stress parental d'Abidin 1976 (Abidin, 1995).

en fonction des besoins de l'enfant comme des dimensions auxquelles les parents doivent faire face. Le stress parental est multidimensionnel puisqu'il est relié aux caractéristiques de l'enfant, aux caractéristiques du parent et à l'interaction parent-enfant tel que proposé dans le modèle théorique de l'auteur en 1976 (Figure 1).

Nous proposons qu'un enfant présentant quelques difficultés que ce soit, de façon continue, tel un problème de santé mentale, constitue un stresser environnemental imprévu et incontrôlable pour le parent. Or, Pearlin, Liberman, Menaghan et Mullan (1981) ont expliqué que la présence d'un problème relativement continu est une source de stress considérable. De plus, Cohen, Evans, Krantz et Slokols (1986) ont expliqué que les

stresseurs environnementaux qui sont imprévisibles et incontrôlables produisent des effets négatifs et diminuent la probabilité d'émission de comportements sociaux positifs.

Comme il a été noté précédemment, plusieurs facteurs contribuent au stress d'être parent. Parmi eux se trouvent les propres caractéristiques du parent. Ainsi, la satisfaction conjugale (Bigras et Lafrenière, 1994; Cameron, Dobson et Day, 1991; Donenberg et Baker, 1993; Frank, Olmsted, Wagner, Laub, Freeark, Breitzer et Peters, 1991; Weber-Stratton, 1980), le statut conjugal (Beckman, 1983), la qualité du réseau social (Beckman, 1991; Crnic et Greenberg, 1990; Fisman et Wolf, 1991; Mash et Jonston, 1983), le statut socio-économique (Bigras et Lafrenière, 1994; Cameron, Dobson et Day, 1991; Palfrey, Walker, Butler et Singer, 1989; Singer et Farkas, 1989), l'ajustement familial (Frey, Greenberg et Fewell, 1989), la compétence sociale (Baker et Heller, 1996; Crnic et Greenberg, 1990), la dépression (Mash et Jonston, 1983) et la compétence parentale (McBride, 1989) sont de ces facteurs influençant le niveau de stress parental.

La naissance d'un enfant est généralement désirée, il s'agit d'un événement comportant des sentiments positifs mais aussi du stress pour les parents (Konstantareas et Homatidis, 1991). En fait, devenir parent est considéré comme étant un événement de vie stressant par Weinberg et Richardson (1981).

Les caractéristiques des enfants sont un autre facteur associé au stress parental et semblent expliquer en grande partie cette variable. En effet, dans la recherche menée par Dyson (1993), le stress parental relié aux caractéristiques de l'enfant représentait 40 % du stress parental total. Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que les parents sont

fréquemment sollicités dans l'exercice de leur rôle d'éducation par les demandes et les comportements de leurs enfants. Il peut parfois en résulter de la frustration et de la fatigue (Crnic et Greenberg 1990). Ainsi, la tâche d'éduquer un enfant peut se révéler être une expérience stressante (Cameron, Dobson et Day, 1991). En fait, tous les parents vivent des expériences à l'intérieur desquelles ils doivent intervenir auprès de leurs enfants, par exemple, régler les disputes entre les enfants, nettoyer les dégâts, faire la discipline, etc. Ces événements anodins ont peu d'impact lorsqu'on les considère individuellement, mais par leur cumul sur une longue période, ils deviennent des stressseurs significatifs pour les parents (Crnic et Greenberg 1990). C'est donc dire que les problèmes même mineurs chez les enfants sont une source de stress pour les parents (Crnic et Greenberg, 1990; Frank, Olmsted, Wagner, Laub, Freeark, Breitzer et Peters, 1991). Lorsque les caractéristiques empruntent un mode pathologique chez l'enfant, celles-ci semblent contribuer davantage au stress parental que les caractéristiques propres aux parents (Mash et Johnston, 1983). Cette étude s'intéresse donc particulièrement à la partie de droite (caractéristiques des enfants et stress parental) du modèle théorique du stress parental proposé par Abidin (1976) présenté précédemment à la Figure 1.

1.3 Le stress parental et la relation parents-enfant

Certains auteurs proposent qu'un niveau de stress parental élevé a pour effet de diminuer la qualité des interactions parent-enfant (Éthier et Lafrenière, 1993; Abidin, 1990; Hodges,

London et Colwell, 1990). Aussi, le stress parental semble influencer l'enfant de différentes façons: modelage de l'anxiété, retrait de l'affection et du soutien social, colère déplacée ou réduction de la tolérance et réduction générale de la qualité du parentage (Hodges, Tierney et Buchsbaum, 1984).

La documentation concernant les recherches effectuées auprès du père dans ce domaine particulier a été présentée précédemment dans la section «problématique». Il ne sera donc pas repris dans cette partie. Toutefois, il faut se remémorer que le stress du père est relié négativement à la qualité de la relation qu'il entretient avec l'enfant dans plusieurs domaines (comportements positifs envers l'enfant, la diminution de la sensibilité à l'enfant, impression d'être moins compétent dans le rôle de parent, le potentiel d'abus physique, l'acceptation de l'enfant, l'adaptation à l'enfant, l'attachement à l'enfant). Aussi, les pères et les mères diffèrent quant à la formation du lien d'attachement émotionnel avec leur enfant.

Certaines recherches menées auprès de populations de mères viennent appuyer et enrichir les données récoltées jusqu'à maintenant auprès de pères. En effet, un niveau de stress parental élevé est associé à des difficultés dans le fonctionnement familial et parental, à une réduction de la fréquence des interactions parent-enfant, à une diminution des compétences développementales et sociales chez l'enfant, à une augmentation des problèmes de comportement chez l'enfant et à une augmentation de la détresse psychologique de la mère (Crnic et Greenberg, 1990). Bigras et Laffrenière (1994) ont observé notamment que le stress parental est négativement associé à la qualité des contacts de la mère avec l'enfant, à la qualité de supervision de celle-ci et à la base de sécurité d'attachement en ce qui concerne

le garçon.

Tout comme dans la population de pères de Roy (1996), Hodges, London et Colwell (1990) ont relaté qu'un haut niveau de stress parental est lié à l'évaluation que les parents font de la présence de comportements extériorisés et intériorisés chez leur enfant. Middlebrook et Forehand (1985) ajoutent un élément qui n'a pas été relevé dans les recherches concernant les pères. Selon eux, les mères les plus stressées ont tendance à voir les comportements neutres comme déviants.

1.4 Les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés

Le comportement est défini comme étant la conduite d'un sujet considéré dans un milieu donné et dans une unité de temps donné. Il dépend à la fois de l'individu et du milieu et a toujours un sens. Le comportement correspond à la recherche d'une situation ou d'un objet susceptible de réduire les tensions et les besoins de l'individu (Dictionnaire de la psychologie Larousse, 1994). La conduite est, selon Cusson (1989), une séquence d'actes directement observables. Les comportements sont donc des manifestations en réaction à ce qui se passe à l'intérieur de la personne ou à l'extérieur de celle-ci et se retrouve chez tout être. Le comportement devient problématique lorsqu'il est exprimé avec excès et nuit au bon fonctionnement du sujet (Pelsser, 1985).

Les troubles mentaux des jeunes se manifestent, notamment, par des comportements de types intériorisés ou de types extériorisés (Valla, Bergeron, Lageix et Breton, 1996). Les

symptômes d'extériorisation et d'intériorisation gagnent à être compris puisque, dans un cas, les pulsions sont exprimées et l'environnement souffre et que dans l'autre, les pulsions sont inhibées et l'enfant souffre (Peterson, 1961). En effet, les comportements extériorisés sont composés de symptômes facilement observables puisqu'ils dérangent l'entourage. Les comportements intériorisés se présentent plutôt sous forme de souffrance intérieure se manifestant par des comportements moins dérangeants pour les autres (Valla, Bergeron, Lageix et Breton, 1996).

Les symptômes extériorisés se caractérisent par des excès comportementaux et incluent l'hyperactivité, l'impulsivité, l'agression et les désordres de la conduite. La malhonnêteté est une dimension souvent présente dans les comportements extériorisés, elle peut se manifester par le mensonge, le vol et la tricherie. L'absentéisme scolaire est aussi fréquemment observé. En classe, ces enfants peuvent déranger les autres en étant turbulents, agressifs physiquement et verbalement, en faisant le clown, en provoquant les autres et en ne travaillant pas. Ils peuvent avoir un tempérament colérique et peuvent s'opposer à l'autorité. L'agression se traduit parfois par des injures, l'ignorance des droits de leur pairs, les batailles, la provocation des autres, la destruction des propriétés, l'intimidation, l'extorsion et les assauts (Cohen et Fish, 1993).

Les symptômes de type intériorisés sont vus comme la réflexion de problèmes émotionnels. Les manifestations sont l'anxiété, le stress, les craintes, la phobie, les comportements obsessionnels-compulsifs, la dépression, le trouble de l'identité, les comportements suicidaires et le mutisme électif (Cohen et Fish, 1993). Les enfants

présentant ces types de comportement sont décrits comme craintifs, gênés, retirés socialement, autodépréciateurs, inhibés, ayant des plaintes somatiques et faisant preuve d'un trop grand auto-contrôle (Campbell, 1973).

De multiples facteurs sont reliés à la manifestation de comportements extériorisés et intériorisés tels que des problèmes neurologiques (Kindlon et Sollee, 1987), des difficultés tempéramentales (Capsi, Henry, McGee, Moffitt et Silva, 1995; Moffitt, 1993) et environnementales (Hetherington, Cox et Cox, 1991; Katz et Gottman, 1993; Hodges, Tierney et Buchsbaum, 1984). Certains chercheurs ont mis en relation ces facteurs et ont noté l'importance du lien entre l'environnement et de tels comportements, particulièrement en ce qui concerne la relation parent-enfant (Capsi, Henry, McGee, Moffitt et Silva, 1995; Graham et al., 1994; Maziade et al., 1990; McClowry et al., 1994; Moffitt, 1993) et le stress parental (Hodges, London et Colwell, 1990; Valla, Bergeron, Lageix et Breton, 1996).

Dans cette perspective, il est bien établi que la qualité de la relation parent-enfant a une valeur prédictive sur les comportements d'extériorisation et d'intériorisation des enfants (Van Ijzendoorn, 1992).

Mash et Johnston (1983) ont rapporté une corrélation positive entre les problèmes comportementaux de l'enfant et le degré de stress chez la mère. Selon ces auteurs, les enfants réagissent parfois au stress parental en développant des problèmes de comportement. D'autres auteurs s'intéressent cependant à l'influence de ces problèmes sur le stress parental. En fait, Cuccaro, Holmes et Wright (1993), rapportent que les difficultés comportementales des enfants sont en lien avec la présence de stress considérable chez les parents, stress qui

influence réciproquement le comportement des enfants. Il y a donc un effet interactif entre le stress parental et les problèmes de comportement des enfants. La présente recherche va dans ce sens, par sa méthodologie, mais présente le problème selon cette deuxième perspective, celle de l'influence des comportements de l'enfant sur le stress parental.

1.5 Le stress parental et les problèmes de l'enfant

Différents chercheurs ont rapporté que les pères et les mères ayant des enfants avec des incapacités vivent un niveau de stress plus élevé que les parents d'enfants normaux (Beckman, 1991; Cuccaro, Holmes et Wright, 1993; Dyson, 1993; Friedrich et Friedrich, 1981). Très peu de recherches se sont toutefois concentrées sur la comparasion du stress entre le père et la mère et encore moins sur le stress du père spécifiquement, les recherches sur les mères étant plus abondantes dans ce domaine. D'autres études ne spécifient pas s'il s'agit de recherches effectuées auprès d'une population de mères ou de pères.

On observe dans les familles au sein desquelles on retrouve des enfants présentant des problèmes développementaux ou des difficultés émotionnelles et comportementales, une augmentation du niveau de stress (Baker et Heller, 1996; Fishman et Wolf, 1991). Il semble d'ailleurs, que les parents perçoivent les problèmes associés aux états émotionnels et mentaux des enfants comme les plus stressants (Weiss, 1991).

En effet, Garralda et Bailey (1986) ont rapporté que la présence de désordres psychiatriques chez l'enfant est associée à un niveau de stress parental élevé (domaine

enfant). Cuccaro, Holmes et Wright (1993) ont observé que les problèmes de comportement chez les enfants d'âge préscolaire sont associés au stress parental de façon significative. Ils n'ont cependant pas observé de relations significatives entre ces comportements et le domaine du parent de l'Indice de Stress Parental. Aussi, selon Baker et Heller (1996), les pères et les mères d'enfants présentant des symptômes extériorisés vivent plus de détresse dans leur rôle parental que ceux ayant des enfants ne présentant pas de symptômes.

Beckman (1991) a menée une étude corrélationnelle auprès d'une population d'enfants de 1.5 ans à 6 ans présentant diverses incapacités (autisme, paralysie cérébrale, désordres génétiques et retards de développement) et d'une population d'enfants ne présentant pas de symptômes. Les parents d'enfants ayant des incapacités étaient plus stressés que les parents du groupe contrôle. Donenberg et Baker (1993) ont comparé l'impact d'avoir un enfant présentant des comportements extériorisés, un enfant autiste et un enfant "normal". Les parents ayant des enfants présentant des problèmes d'extériorisation et ceux ayant des enfants autistes rapportent plus de stress que les parents ayant des enfants normaux. De plus, les parents ayant des enfants autistes semblent vivre le plus de stress.

Fuller et Rankin (1994) ont comparé le niveau de stress de mères de trois populations: des mères d'enfants ayant des problèmes d'apprentissage, d'enfants ayant des problèmes d'ordre émotionnel et d'enfants normaux. Leurs résultats montrent que les mères des deux premiers groupes ont un niveau de stress beaucoup plus élevé à l'échelle du domaine de l'enfant que les mères d'enfants normaux. Dyson (1996) a aussi observé que les familles d'enfants ayant des problèmes d'apprentissage vivent plus de stress que celles ayant des

enfants «normaux». Cameron, Dobson et Day (1991) ont quant à eux étudié les mères d'enfants ayant un retard de développement et celles d'enfants présentant un développement normal. Ces mères se différencient quant au niveau de stress relié à l'enfant, les mères d'enfants ayant un retard de développement sont plus stressées par les caractéristiques de leurs enfants. Les mères d'enfants émotionnellement perturbés perçoivent la relation avec leur enfant comme une expérience plutôt négative et se sentent inadéquates avec leur enfant (Fuller et Rankin, 1994).

Il y a donc un lien certain entre les incapacités d'un enfant et le stress parental. Le degré de stress parental semble cependant être non seulement influencé par la présence d'une problématique quelconque chez l'enfant, mais aussi par le degré de sévérité du problème manifesté. En effet, la fréquence et la sévérité des comportements incluant les pleurs, la désobéissance, les demandes d'attention et d'assistance semblent influencer de façon importante sur le stress parental du père et de la mère (Fishman et Wolf, 1991).

Bebko, Konstantareas et Springer (1987) ont noté à partir de corrélations que plus un symptôme était perçu comme sévère par les parents, plus il était source de stress. La sévérité totale de tous les symptômes était aussi reliée au niveau de stress parental dans une population autiste. Konstantareas et Homatidis (1989) ont observé que le stress parental est relié à la sévérité des symptômes chez l'enfant autiste. Dans leur recherche de 1991, ils ajoutent à la sévérité, la chronicité et la visibilité des incapacités de l'enfant comme ayant un impact important sur les parents d'enfants autistes.

Cuccaro, Holmes et Wright (1993) ont, à partir d'une étude corrélationnelle, observé un

lien entre les problèmes de comportement des enfants d'âge scolaire référés pour diagnostic et le stress parental. Ils ont trouvé un lien significatif entre les problèmes de l'enfant et le stress total, ainsi qu'avec l'échelle du domaine de l'enfant, ce dernier étant l'indice le plus élevé. De plus, Palfrey, Walker, Butler et Singer (1989) en sont arrivés à une corrélation positive entre le stress parental et la sévérité des symptômes de l'enfant chez une population fréquentant des classes spéciales d'éducation au primaire. D'après les observations de Weinberg et Richardson (1981), la manifestation de problèmes majeurs chez l'enfant est la dimension la plus stressante chez les parents ayant un enfant de moins de 2 ½ ans.

1.6 Différences père-mère

Plusieurs chercheurs ont montré qu'il n'y a pas de différences significatives entre la perception qu'ont le père et la mère des problèmes de comportement de leur enfant (Baker et Heller, 1996; Bebko, Konstantareas et Springer, 1987; Konstantareas et Homantidis, 1989; Weber-Stratton, 1980). Il semble cependant y avoir d'importantes différences entre le stress parental vécu par les mères et celui vécu par les pères. En effet, lorsque les problèmes présentés par les enfants sont moins sévères, les pères perçoivent moins de problèmes que les mères et sont moins portés à avoir d'inquiétudes que celles-ci (Baker et Heller, 1996). Selon Frank, Olmsted, Wagner, Laub, Freeark, Breitzer et Peters (1991), en comparaison aux pères les mères sont plus affectées par les problèmes mineurs de leur enfant. En effet, les pères, plus que les mères, tiennent compte de la dimension mineure vs

majeure des problèmes de leur enfant, probablement parce que les pères sont plus engagés auprès des enfants ayant des problèmes plus graves qu'avec ceux qui ont des problèmes mineurs alors que la mère est généralement engagée avec les enfants présentant les deux types de problèmes (Weinberg et Richardson, 1981). Frank, Olmsted, Wagner, Laub, Freeark, Breitzer et Peters (1991) ont aussi rapporté que les mères vivent du stress quel que soit le niveau de sévérité. Beckman (1991) a affirmé que les mères rapportent plus de stress que les pères lorsque leur enfants présentent une incapacité. Toutefois, Noh, Dumas, Wolf et Fisman (1989) ont observé un niveau de stress comparable entre le père et la mère lorsque l'enfant présente des incapacités. Beckman (1991) a spécifié que lorsqu'on les compare aux parents d'enfants normaux, ceux-ci, les pères comme les mères, vivent plus de stress.

Toutefois, lorsque les problèmes de l'enfant atteignent des niveaux cliniques, le stress des pères est aussi grand sinon plus grand que celui des mères à l'échelle du domaine de l'enfant (90 percentile pour les mères comparé à 95 percentile pour les pères) et à l'échelle du domaine du parent (65 percentile pour les mères et 70 percentile pour les pères) d'après Baker et Heller (1996). Barnett et Baruch (1987) ont observé que lorsque le niveau de sévérité des problèmes atteint un niveau clinique, les pères deviennent plus stressés que les mères. De plus, les pères vivent un stress élevé seulement quand l'enfant présente un nombre plus élevé de comportements extériorisés, selon la recherche effectuée par Fisman et Wolf (1991). Aussi, les pères vivent plus de stress lorsque leur enfant ont une histoire médicale plus lourde que si leur enfant est généralement en santé (Frank, Olmsted, Wagner, Laub, Freeark, Breitzer et Peters, 1991). Konstantareas et Homantidis (1989) ont observé que les

pères, percevant les symptômes de leur enfant autiste comme plus sévères que les mères, étaient plus stressés qu'elles.

Ainsi, malgré l'existence d'un lien entre la perception de la sévérité des problèmes de l'enfant par le père et par la mère, ceux-ci semblent différés quant à leur niveau de stress vécu en lien avec cette perception des difficultés de leur enfants. Toutefois, comme il a été mentionné précédemment, peu de recherche compare le stress du père de celui de la mère et encore moins considère le stress du père spécifiquement.

Malgré que nous sachions que les pères sont davantage stressés lorsque les problèmes de leur enfant atteignent un niveau clinique, peu de recherches ont examiné le phénomène du stress parental chez le père et une telle sévérité de symptômes chez leur enfant. Alors que les résultats démontrent que la sévérité d'un trouble plutôt que le trouble comme tel influence le niveau de stress, beaucoup moins de recherches font mention du lien entre la sévérité des symptômes et le stress parental du père comparées à ce qui a été fait auprès des mères. Il nous paraît donc pertinent d'examiner le lien entre le stress parental des pères et la sévérité des symptômes de l'enfant dans une population clinique psychiatrique.

1.7 Objectif de la recherche

Cette recherche vise à vérifier l'existence d'un lien entre la sévérité des problèmes chez l'enfant fréquentant une clinique pédopsychiatrique et le stress parental du père. Aussi, l'influence de la perception de la gravité des symptômes chez l'enfant qu'ont la mère et le

psychiatre traitant sur le stress parental paternel sera exploré. L'hypothèse que le père sera davantage influencé par sa propre perception des symptômes est avancée. Finalement, les co-variables «sexes de l'enfant», «durée de l'intervention» et «âge de l'enfant» seront retenues. Il est à noter que les mêmes variables seront explorées en ce qui concerne les mères quoique que ces résultats ne soient pas le principal intérêt de cette recherche et par conséquent, aucune hypothèse n'est posée en ce qui concerne les mères spécifiquement.

1.8 Hypothèses de recherche

1) Il y a une corrélation positive entre le stress parental du père et la sévérité des problèmes de comportements chez l'enfant fréquentant une clinique pédopsychiatrique telle que rapportée par le père, la mère et le pédopsychiatre traitant;

2) Le stress parental du père est davantage en lien avec la perception qu'il a de la sévérité des symptômes chez son enfant qu'avec la perception qu'en ont la mère ou le pédopsychiatre.

Méthode

2.2 Sujets¹

L'échantillon de référence comporte un nombre de 93 enfants (71 garçons et 22 filles) provenant d'une clinique pédopsychiatrique. Seulement les enfants provenant de familles biparentales sont retenus (n= 45). Ces enfants sont âgés entre deux et neuf ans. Ils ont en moyenne 6.5 ans (É.T= 1.8 an).

Les diagnostics les plus fréquents de l'échantillon de référence dont 76.3% sont des garçons, sont: Trouble envahissant du développement non-spécifié (25.8%), Déficit de l'attention avec hyperactivité (14%), Trouble de la première ou de la deuxième enfance ou de l'adolescence non-spécifié (11.9%) et Trouble oppositionnel (10.8%). La durée moyenne du temps d'intervention est de 1.3 an (É.T=1.11 an).

La participation à la recherche se fait sur une base volontaire. La distribution de la durée des interventions reçues par les enfants est de un mois à 4.4 années.

¹ Tous les sujets ont été recrutés par l'entremise de la clinique pédopsychiatrique Pavillon Arc-En-Ciel de Trois-Rivières. Je remercie cet établissement pour m'avoir permis l'accès aux dossiers et un support technique.

2.3 Instruments de mesure

Le Behavior Rating Index for Children (BRIC; Stiffman, Orme, Evans, Feldman et Keeney, 1984) est une échelle d'observation permettant d'obtenir le degré de sévérité des problèmes de comportement. Il est constitué de 13 items dont 3 sont des comportements positifs qui ne sont pas calculés dans le score total (Alpha de Cronback = .81). Les autres items mesurent la présence de problèmes comportementaux ou émotionnels chez l'enfant. L'échelle de réponse est de type Likert à 5 niveaux, le score maximal possible est donc de 50. Plus le score total est élevé, plus la sévérité des problèmes de comportement est élevée. Un score total de 30 ou plus indique que les parents considèrent que leur enfant manifeste une quantité significative de difficultés. La validité de construit est de $r = .76$ ($p < .001$) avec le CBCL (Achenbach, 1981) et la stabilité test-retest (25 semaines) est de .72 ($p < .0001$) (Appendice A).

L'Indice de Stress Parental forme brève (Abidin, 1995) est une échelle fournissant une mesure du stress parental. Elle est constituée de 36 items (Alpha de Cronback = .91).

Douze items concernent la détresse parentale (Alpha de Cronback = .87) c'est-à-dire la détresse et l'inconfort du parent provenant spécifiquement de facteurs personnels qui influencent directement l'exercice du rôle de parent. Il s'agit donc de l'adaptation du parent. Ainsi, plus le score est élevé, plus le parent exprime et réalise qu'il ressent une souffrance personnelle dans l'exercice du rôle de parent.

Douze autres items concernent la difficulté chez l'enfant (Alpha de Cronback= .85). Cette échelle se penche donc sur la détresse et l'inconfort du parent qui proviennent spécifiquement des caractéristiques perçues chez l'enfant. Il s'agit donc de la capacité du parent à gérer les conduites de son enfant.

Finalement, 12 items concernent les interactions parent-enfant dysfonctionnelles (Alpha de Cronback =.80). Ce qui est ici mesuré, c'est l'inconfort et la détresse du parent provenant spécifiquement des attentes parentales non-comblées à propos de l'enfant et de la perception que les parents ont de leur enfant comme n'étant pas une personne qui leur permettent de se sentir fiers, importants et efficaces. Il s'agit donc de la qualité du lien parent-enfant qui est mesuré.

Plus le score est élevé, plus le stress du parent est élevé. La corrélation entre la forme longue et la forme brève est de 0.94 et est comparable à la validité test-retest (deux semaines) de la forme longue qui est de 0.95. La validité concomitante de la forme longue a été démontrée à plusieurs reprises à l'aide d'autres mesures telles le «Stressful Life Events Scale» et le «Questionnaire on Ressources and Stress». La validité de construit de cette échelle a été maintes fois démontrée à travers les multiples recherches ayant employé d'autres mesures des caractéristiques ou problématiques des enfants.

L'échelle d'évaluation globale (EGF) du DSM IV est une échelle de 0 à 100 permettant d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Le code 0 étant le plus près de la maladie et 100 le plus près de la santé mentale. Une valeur de 80 et moins à l'EGF évoque

une situation où l'enfant est considéré par le pédopsychiatre comme manifestant un niveau de fonctionnement psychosocial significativement perturbé. Une valeur de 50 ou moins évoque une situation où l'enfant manifeste des symptômes importants affectant de manière intense son développement. Cette évaluation est subjective et évoque le jugement du clinicien du fonctionnement global du patient. L'échelle est composée de deux périodes, celle du fonctionnement actuel et celle du fonctionnement de l'année écoulée. Pour les fins de cette recherche, seulement le fonctionnement actuel sera utilisé (Appendice B).

2.4 Déroulement

Les sujets potentiels ont d'abord été contactés par téléphone. Les personnes acceptant de participer à la recherche ont été contactées de nouveau afin de fixer une date pour une rencontre à domicile avec une assistante de recherche. Le but de cette rencontre était de remplir différents questionnaires soit, le Behavior Rating Index for Children et l'Index de Stress Parental d'Abidin forme brève. L'indépendance des réponses des pères et des mères a été assurée par cette assistante de recherche. Les consignes transmises par l'assistante étaient les suivantes: «Je vous demande de ne pas vous consulter. Ce qui nous intéresse, c'est votre propre perception de la situation, ce qui peut différer entre vous. Il n'y a donc pas de bonnes réponses à ces questionnaires, ce qui importe c'est la première réponse qui vous vient en tête lorsque je vous lirai les questions.» Aussi, la présence de l'assistante augmente la validité des résultats puisque les parents ont pu obtenir des explications lorsque

les items n'étaient pas bien compris.

L'évaluation du fonctionnement actuel du pédopsychiatre a été faite à l'aide de l'Échelle d'évaluation globale du DSM IV. Celui-ci a révisé tous les diagnostics des dossiers ayant été retenus pour la recherche. Cette révision s'est faite dans la même période pour tous les enfants. Le pédopsychiatre a aussi révisé les diagnostics des dossiers fermés depuis moins de douze mois, c'est-à-dire ceux retenus pour cette recherche. Cette procédure permet d'augmenter la variabilité des données incluant un groupe de familles qui fonctionnent probablement mieux puisque le dossier a été récemment fermé.

Résultats

3.1 La réduction des données

L'échelle d'évaluation globale du DSM IV a été sous-divisée en quatre catégories. Une première catégorie inclut les scores de sévérité de 25 et moins, une deuxième comportant les scores entre 25 et 50, la troisième catégories inclut les scores entre 50 et 75 puis la dernière, les scores de plus de 75. Cette réduction est nécessaire afin de remédier à l'absence d'accord inter-juge.

3.2 Analyse des données

L'étude est de nature corrélationnelle et tient compte des co-variables «sexe de l'enfant», «âge de l'enfant» et «durée du traitement».

Des analyses descriptives des variables «stress parental du père», «stress parental de la mère», «sévérité des problèmes perçue par le père», «sévérité des problèmes perçue par la mère», «sévérité des problèmes perçue par le pédopsychiatre» ainsi que la relation de ces variables avec les co-variables sexe, âge et durée du traitement sont effectuées. Ensuite, des analyses bi-variées (corrélation) entre les cinq variables principales sont effectuées. Finalement des analyses de régression multiple sont effectuées avec les différentes variables significatives. La variable stress parental du père est la variable prédite.

3.3 Analyse descriptives

Le tableau 1 présente les moyennes et écarts-types des pères et des mères. Le stress parental des mères est un peu plus élevé que celui des pères sur le plan de toutes les sous-échelles de l'Indice de Stress Parental. Toutefois, le stress parental total moyen du père et de la mère se situe au 90e percentile. Le niveau de stress moyen relié à la relation dysonctionnelle parent-enfant situe aussi les deux parents au 90e percentile. Pour ce qui est du stress moyen lié aux difficultés de l'enfant, le stress de la mère la situe au 90e percentile et le père au 85e percentile ce qui correspond à la catégorie du stress élevé. Finalement, la détresse parentale moyenne des mères les situe au 70e percentile et situe les pères au 60e percentile.

La distribution du stress parental total des pères et des mères est présentée à la figure 2. Celle du stress parental maternel s'étend du 10e percentile au 99e percentile. Seize mères (35,6%) ont un niveau de stress moyen c'est-à-dire en dessous du 85e percentile, 8 (17,8%) ont un niveau de stress élevé se situant entre le 85e et le 95e percentile et 20 (44,4%) ont un stress très élevé c'est-à-dire au-dessus du 95e percentile. En ce qui concerne les pères, la distribution du score total s'étend du 25e au 99e percentile. Dix-neuf pères (42,2%) ont un niveau de stress se situant sous le 85e percentile donc sont moyennement stressés, 14 (31,1%) ont un niveau de stress élevé donc entre le 85e et le 95e percentile et, finalement, 11 (24,4%) ont un niveau de stress très élevé se situant au-dessus du 95e percentile. Nous observons donc une distribution sensiblement semblable entre les pères et les mères, mais constituant quelques différences quant aux rangs percentiles, les mères étant plus nombreuses (près de 65%) à vivre un niveau de stress

Tableau 1

Moyennes et écarts-types obtenus par les hommes et les femmes à l'ISP

	Stress parental							
	Total		Détr. Parent		Diff. Enfant		Dysf. Par-enf	
	M	É.T.	M	É.T.	M	É.T.	M	É.T.
Mères	93.3	21.9	29.6	8.2	36.9	9.9	28.3	7.8
Pères	89.9	15.8	27.9	7.4	33.1	6.3	28.0	5.7

parental de élevé à très élevé comparativement à environ 58% pour les pères.

Le tableau 2 présente les moyennes et écarts-types obtenus par les pères et les mères au BRIC et du pédopsychiatre à l'EGF. Les moyennes des pères et des mères sont comparables, 26.1 (É.T=6,7) et 26,3 (É.T=6.2). La distribution de ces résultats est de 13 à 38 pour les mères et de 11 à 41 pour les pères sur un maximum de 50. La moyenne du fonctionnement global de l'enfant tel qu'estimée par le pédopsychiatre est de 59,2 (É.T=18) alors que les scores varient entre 22 et 95.

La distribution des enfants selon l'évaluation du fonctionnement global actuel par le pédopsychiatre est présentée à la figure 3 et va comme suit: un enfant a un fonctionnement global de moins de 25 (2.2%) , le nombre d'enfants se situant entre 25 et 50 est de 10 (22.2%) alors qu'il est de 25 pour la catégorie entre 50 et 75 (55.6%) puis de 9 (20%) en ce qui concerne les enfants ayant un niveau de fonctionnement de plus de 75. Ainsi, la majorité (80%) des enfants ont un niveau de fonctionnement considéré comme significativement perturbé par le pédopsychiatre.

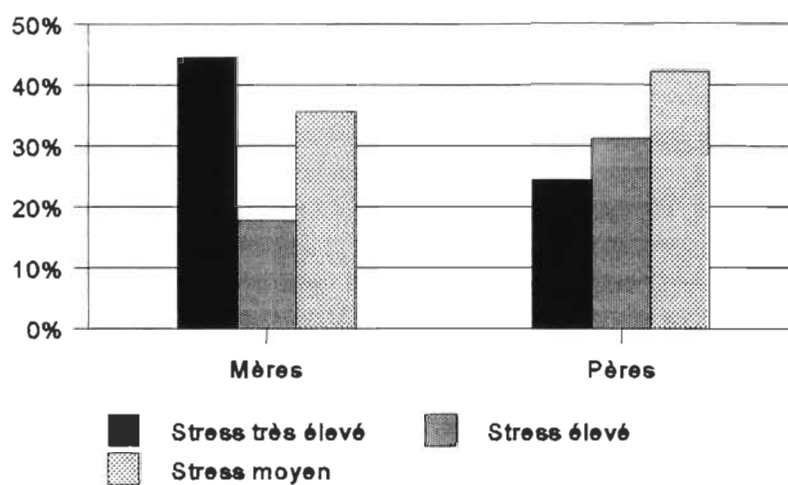


Figure 2. Distribution du stress parental total des pères et des mères.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types obtenues par les hommes et les femmes au BRIC et par le pédopsychiatre à l'EGF

Sévérité des symptômes				
	Moyenne	Écart-type	Min. - Max.	
Mères	26.1	6.7	13	38
Pères	26.3	6.2	11	41
Pédopsychiatre	59.2	18.0	22	95

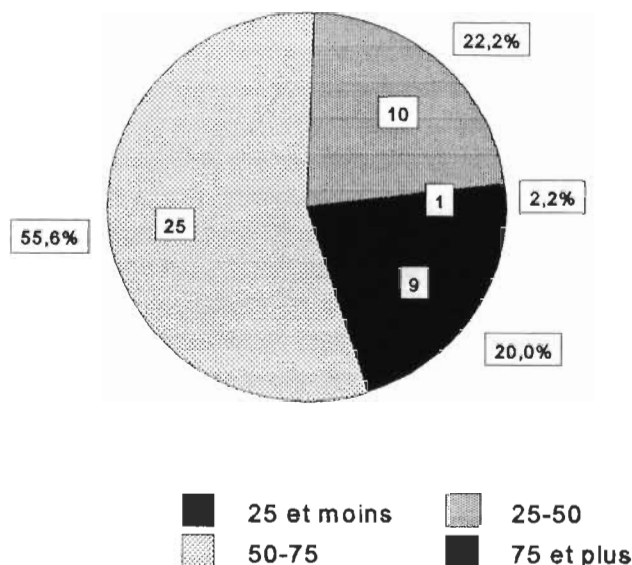


Figure 3. Distribution des enfants selon l'évaluation du fonctionnement global actuel de le pédopsychiatre

3.4 Analyses corrélationnelles

Le tableau 3 présente le résultat des analyses de corrélations entre le stress parental des pères et des mères. Le stress parental total des mères et des pères sont positivement associés ($p < .001$). Il existe aussi un lien significatif positif entre la détresse parentale du père et celle de la mère ($p < .001$) de même qu'entre la sous-échelle «difficulté de l'enfant» du père et de la mère ($p < .01$). Il existe aussi un lien positif significatif entre le score total des mères et les différentes sous-échelles de stress chez les pères. Ainsi, lorsque la mère est stressée, le père vit du stress face aux difficultés de son enfant, aux difficultés dans sa relation père-enfant et à la détresse parentale. Le stress parental du père est aussi relié significativement à tous les domaines de stress parental de la mère. Toutefois, il

est davantage en lien avec la détresse parentale de la mère et à son stress total qu'avec le stress relié aux difficultés relationnelles entre elle et son enfant et aux difficultés de l'enfant. Le stress que vit la mère face à la présence de difficultés chez l'enfant n'est pas en lien avec la détresse parentale du père et avec le stress qu'il vit dans la relation avec son enfant. La détresse parentale du père n'est pas non plus liée au stress que la mère vit dans l'interaction avec son enfant. Toutefois, plus le père est stressé par rapport aux difficultés de son enfant et plus il vit de stress dans la relation père-enfant, plus il y a de détresse parentale chez la mère.

Le résultat des corrélations entre la sévérité des symptômes et le stress parental est présenté au tableau 4. La sévérité des symptômes de l'enfant telle que perçue par le père est significativement reliée à tous les domaines du stress ainsi qu'au score total des pères et des mères. Cependant, la sévérité des problèmes telle que rapportée par la mère est significativement associée à son stress parental mais n'est significativement reliée qu'au stress parental paternel au domaine «interaction dysfonctionnelle avec l'enfant». Enfin, la sévérité des problèmes de l'enfant telle que perçue par la mère est reliée ($r=.52$, $p<.01$) à la sévérité des problèmes perçue par le père. La sévérité des symptômes telle que perçue par le pédopsychiatre n'est pas reliée avec les sous-échelles de l'indice de stress parental du père et de la mère et avec la sévérité des symptômes telle que perçue par le père et la mère. De plus, le lien entre la perception des problèmes par le pédopsychiatre et la mère est non significatif.

Tableau 3
Corrélations du stress parental paternel et maternel

Stress parental de la mère	Stress parental du père			
	Total	Détr. Parent	Diff. Enfant	Dysf. Par.-enf.
Total	.49***	.39**	.37**	.49***
Détr. Parent	.63***	.58***	.39**	.63***
Diff. Enfant	.35*	.23	.39**	.27
Dysf. Par.-enf.	.30*	.21	.17	.39**

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

Tel que présenté au tableau 5, la durée de l'intervention ne présente pas de lien significatif avec le stress parental des pères et des mères ainsi qu'avec la sévérité des symptômes rapportée par ceux-ci et le pédopsychiatre. L'âge et le sexe de l'enfant ne sont pas liés au stress parental du père et de la mère de même qu'à la sévérité des problèmes perçue par ceux-ci et celle perçue par le pédopsychiatre.

Tableau 4

Corrélations entre la sévérité des symptômes et le stress parental

	Sévérité des problèmes perçus		
	Père	Mère	Pédopsychiatre
Stress parental			
Total			
Père	.58***	.27	.05
Mère	.43**	.67***	-.13
Détr. Parent			
Père	.37**	.12	.08
Mère	.39**	.45**	.01
Diff. Enfant			
Père	.55***	.23	.12
Mère	.49***	.65***	-.20
Dysf. Par.-enf.			
Père	.59***	.38**	-.12
Mère	.49***	.66***	-.13
Sévérité des problèmes perçue			
Père	-----		
Mère	.52**	-----	
Pédo.	.01	-.16	-----

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

Tableau 5

Corrélations entre la durée du traitement, l'âge et
le sexe de l'enfant et le stress parental

	Âge de l'enfant	Sexe de l'enfant	Durée du traitement
Stress parental			
Total			
Père	.03	.14	-.15
Mère	-.10	-.03	.04
Détr. Parent			
Père	-.07	.20	-.21
Mère	-.15	-.02	-.12
Diff. Enfant			
Père	.15	.17	-.12
Mère	.03	.01	.04
Dysf. Par.-enf.			
Père	-.01	-.03	-.05
Mère	.11	-.05	.13
Sévérité des problèmes perçus			
Père	.06	.00	-.01
Mère	-.11	.08	.22
Pédo.	.18	-.03	-.03

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

3.5 Analyse de régression multiple

Le tableau 6 présentant les analyses de régression multiple du stress parental total paternel en fonction des problèmes de l'enfant indique que la durée de l'intervention, le sexe et l'âge de l'enfant expliquent 7% de la variable «stress parental total» du père. Ce résultat n'est cependant pas significatif ($R^2 = .07$, $F(3, 40) = .95$, $p > 0.05$). Les problèmes perçus par le père lui-même, la mère et le pédopsychiatre traitant augmentent la proportion de variance expliquée du stress parental total du père à 46% ($R^2 = .46$, $F(6, 37) = 5.25$, $p < .001$). La sévérité des problèmes perçue par le père est la variable qui explique spécifiquement la variance du stress parental ($T = 3.94$, $p < .001$).

Le tableau 7 présentant les analyses de régression multiple de la détresse parentale paternelle en fonction des problèmes de l'enfant indique que la variable «détresse parentale» du père est expliquée par la durée de l'intervention, le sexe et l'âge de l'enfant dans une proportion de 13%, ce qui n'est pas significatif ($R^2 = .13$, $F(3, 40) = 2.03$, $p > 0.05$). Les problèmes perçus par le père lui-même, la mère et le pédopsychiatre traitant augmentent la proportion de variance expliquée de la détresse parentale du père à 35% ($R^2 = .35$, $F(6, 37) = 3.35$, $p < .002$). La sévérité des problèmes perçus par le père est la variable qui explique spécifiquement la variance de la détresse parentale ($T = 2.90$, $p < .001$).

Tableau 6

Analyses de régression multiple hiérarchique du stress parental
Total paternel en fonction des problèmes de l'enfant

	Stress parental total			
	Première étape		Deuxième étape	
	B	t	B	t
Durée intervention	0.24	-1.5	-0.22	-1.7
sexe de l'enfant	0.17	1.1	0.16	1.3
âge de l'enfant	0.06	0.4	0.00	0.0
Problèmes perçus par le père			0.57	3.9***
Problèmes perçus par la mère			0.08	0.6
Problèmes perçus par le pédopsychiatre			0.15	1.2
R	0.26		0.68	
R ²	0.07		0.46	
F	0.98		4.42***	

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

Tableau 7

Analyses de régression multiple hiérarchique de la détresse
paternel en fonction des problèmes de l'enfant

	Détresse parentale			
	Première étape		Deuxième étape	
	Beta	t	Beta	t
Durée intervention	-0.24	-1.54	-0.20	-1.34
sexe de l'enfant	0.24	1.80	0.27	1.99
âge de l'enfant	-0.11	-0.72	-0.18	-1.28
Problèmes perçus par le père			0.46	0.90**
Problèmes perçus par la mère			-0.05	-0.32
Problèmes perçus par la pédopsychiatre			0.17	1.22
R	0.36		0.59	
R ²	0.13		0.35	
F	2.02		3.35**	

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

Le résultat des analyses de régression multiple du stress parental paternelle reliée à la relation dysfonctionnelle père-enfant en fonction des problèmes de l'enfant est présenté au tableau 8. La durée de l'intervention, le sexe et l'âge de l'enfant expliquent 1% de la variable «Relation dysfonctionnelle parent-enfant» du père et 12% de la variable «Difficulté de l'enfant» du père. Ces résultats ne sont cependant pas significatif ($R^2 = .01$, $F(3, 40) = .13$, $p > 0.05$ et $R^2 = .12$, $F(3, 40) = 1.75$, $p > 0.05$). Les problèmes perçus par le père lui-même, la mère et le pédopsychiatre traitant augmentent la proportion de variance expliquée du stress parental relié à la relation dysfonctionnelle père-enfant à 39% ($R^2 = .39$, $F(6, 37) = 3.89$, $p < .01$). La sévérité des problèmes perçus par le père est la variable qui explique spécifiquement la variance du stress parental ($T = 3.51$, $p < .001$).

Quant au stress relié aux difficultés de l'enfant, les problèmes perçus par le père lui-même, la mère et le pédopsychiatre traitant augmentent la proportion de variance expliquée à 43% ($R^2 = .43$, $F(6, 37) = 4.56$, $p < .002$). Tout comme les autres domaines de stress parental paternel, la sévérité des problèmes perçus par le père est la variable qui explique spécifiquement la variance du stress parental ($T = 3.09$, $p = .004$) (Tableau 9).

A titre de comparaison, des analyses de régression ont été effectuées avec les données des mères. Le tableau 10 indique que le stress parental total de la mère n'est pas du tout expliqué par les variables «sexe de l'enfant», «âge de l'enfant» et «durée du traitement» ($R^2 = .00$, $F(3, 39) = .04$, $p = n.s$) alors que la proportion de variance expliquée augmente à 52% lorsque les problèmes tels que perçus par la mère elle-même, le père et le psychiatre traitant sont considérées ($R^2 = .52$, $F(6, 36) = 6.59$, $p < .001$). Comme pour le père, le stress de la mère est davantage expliqué par sa propre perception des problèmes de son enfant ($T = 4.19$, $p < .001$).

Tableau 8

Analyses de régression multiple hiérarchique du stress parental paternel relié à la relation dysfonctionnelle père-enfant en fonction des problèmes de l'enfant

	Relation dysfonctionnelle parent-enfant			
	Première étape		Deuxième étape	
	Beta	t	Beta	t
Durée intervention	-0.08	-0.46	-0.09	-0.20
sexe de l'enfant	-0.05	-0.30	-0.05	-0.41
âge de l'enfant	0.00	-0.00	-0.27	-0.60
Problèmes perçus par le père			0.55	3.52***
Problèmes perçus par la mère			0.12	0.72
Problèmes perçus par la pédopsychiatre			0.03	0.24
R	0.10		0.62	
R ²	0.01		0.38	
F	0.13		3.89**	

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

Tableau 9

Analyses de régression multiple hiérarchique du stress parental paternel
lié aux difficultés de l'enfant en fonction des problèmes de l'enfant

	Difficulté de l'enfant			
	Première étape		Deuxième étape	
	Beta	t	Beta	t
Durée intervention	-0.27	-1.70	-0.26	-1.84
sexe de l'enfant	0.19	1.24	0.18	1.45
âge de l'enfant	0.25	1.62	1.19	1.40
Problèmes perçus par le père			0.46	3.10**
Problèmes perçus par la mère			0.09	0.58
Problèmes perçus par la pédopsychiatre			0.22	1.68
R	0.34		0.65	
R ²	0.12		0.43	
F	1.75		4.55**	

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

Tableau 10

Analyses de régressions multiples hiérarchique du stress parental
maternel total en fonction des problèmes de l'enfant

	Stress parental total			
	Première étape		Deuxième étape	
	Beta	t	Beta	t
Durée intervention	0.04	0.25	-0.09	-0.74
sexe de l'enfant	-0.04	-0.28	-0.05	-0.46
âge de l'enfant	0.01	0.05	0.06	0.46
Problèmes perçus par le père			0.21	1.50
Problèmes perçus par la mère			0.61	4.19***
Problèmes perçus par la pédopsychiatre			0.11	0.91
R	0.06		0.72	
R ²	0.00		0.52	
F	0.04		6.60***	

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

Le tableau 11 présentant les analyses de régression multiple de la détresse parentale maternelle en fonction des problèmes de l'enfant indique que les variables «sexes de l'enfant», «âge de l'enfant» et «durée du traitement» expliquent 3% de la détresse parentale de la mère ($R^2 = .03$, $F(3,39) = .46$, $p = n.s$) alors que la proportion expliquée par les problèmes tels que perçus par la mère elle-même, le père et le psychiatre traitant augmente à 33% ($R^2 = .33$, $F(6, 36) = 2.93$, $p = .02$). La détresse parentale de la mère est davantage expliquée par sa propre perception des problèmes de son enfant ($T = 2.35$, $p < .05$).

Le stress de la mère relié à la relation dysfonctionnelle avec son enfant est expliquée à 3% par les variables «sexes de l'enfant», «âge de l'enfant» et «durée du traitement» ($R^2 = .03$, $F(3,39) = .37$, $p = n.s$). Les problèmes tels que perçus par la mère elle-même, le père et le psychiatre traitant augmentent cependant la proportion de variance expliquée à 52% ($R^2 = .52$, $F(6, 36) = 6.32$, $p < .001$). Le stress de la mère relié à ce domaine est, ici aussi, davantage expliqué par sa propre perception des problèmes de son enfant ($T = 4.13$, $p < .001$) (Tableau 12).

Les variables «sexes de l'enfant», «âge de l'enfant» et «durée du traitement» expliquent 2% du stress relié aux difficultés de l'enfant ($R^2 = .02$, $F(3,40) = .21$, $p = n.s$). La proportion de variance expliquée est augmentée à 46% par les problèmes tels que perçus par la mère elle-même, le père et le psychiatre traitant ($R^2 = .46$, $F(6, 37) = 5.25$, $p < .001$). Comme pour les autres domaines de l'échelle de stress parental de la mère, le stress de la mère relié aux difficultés de l'enfant est davantage expliqué par sa propre perception des problèmes de son enfant ($T = 3.75$, $p < .001$) (Tableau 13).

Tableau 11

Analyses de régression multiple hiérarchique de la détresse parentale
maternel en fonction des problèmes de l'enfant

	Détresse parentale			
	Première étape		Deuxième étape	
	Beta	t	Beta	t
Durée intervention	-0.14	-0.84	-0.22	-1.43
sexe de l'enfant	-0.01	-0.04	-0.02	-0.14
âge de l'enfant	-0.09	-0.52	-0.84	-0.57
Problèmes perçus par le père			0.18	1.09
Problèmes perçus par la mère			0.41	2.35*
Problèmes perçus par la pédopsychiatre			0.24	1.67
R	0.19		0.57	
R ²	0.03		0.33	
F	0.46		2.94*	

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

Tableau 12

Analyses de régression multiple hiérarchique du stress parental maternel relié à la relation dysfonctionnelle mère-enfant en fonction des problèmes de l'enfant

	Relationnelle dysfonctionnelle parent-enfant			
	Première étape		Deuxième étape	
	Beta	t	Beta	t
Durée intervention	0.11	0.67	-0.03	-0.23
sexe de l'enfant	-0.07	-0.46	-0.08	-0.69
âge de l'enfant	0.08	0.51	0.15	1.19
Problèmes perçus par le père			0.18	1.26
Problèmes perçus par la mère			0.60	4.13***
Problèmes perçus par la pédopsychiatre			0.03	0.23
R	0.17		0.71	
R ²	0.03		0.51	
F	0.37		6.32***	
*p<.05. **p<.01 ***p<.001				

Tableau 13

Analyses de régression multiple hiérarchique du stress parental maternel relié
aux difficultés de l'enfant en fonction des problèmes de l'enfant

	Difficulté de l'enfant			
	Première étape		Deuxième étape	
	Beta	t	Beta	t
Durée intervention	0.13	0.76	-0.01	-0.07
sexe de l'enfant	-0.02	-0.10	-0.03	-0.24
âge de l'enfant	0.00	0.02	0.07	0.53
Problèmes perçus par le père			0.18	1.25
Problèmes perçus par la mère			0.57	3.75***
Problèmes perçus par la pédopsychiatre			0.02	0.18
R	0.13		0.68	
R ²	0.02		0.46	
F	0.21		5.25***	

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

Discussion des résultats

L'objectif principal de cette étude était de vérifier l'existence d'un lien entre la sévérité des problèmes chez l'enfant fréquentant une clinique pédopsychiatrique et le stress parental du père. La perception qu'ont la mère et le psychiatre traitant de la gravité des symptômes chez l'enfant et l'influence qu'a cette perception sur le stress parental paternel faisait aussi partie des intérêts de cette recherche. Finalement, le lien entre le stress parental paternel et diverses variables (le sexe de l'enfant, l'âge de l'enfant et la durée de l'intervention) a été exploré.

L'hypothèse selon laquelle il existe une corrélation positive entre, d'une part, le stress parental du père et, d'autre part, la sévérité des problèmes de comportement chez l'enfant fréquentant une clinique pédopsychiatrique tel que rapportée par le père, la mère et le pédopsychiatre traitant a été partiellement confirmée. Tel que le suggéraient les résultats obtenus par Bebko, Konstantareas et Springer (1987) auprès de parents des deux sexes d'une population d'autistes et Palfrey, Walker, Butler et Singer (1989) auprès de parents ayant un enfant en classe spéciale, la perception qu'ont les parents de la sévérité des symptômes de leur enfant est significativement reliée à leur stress parental. Ainsi, le stress parental du père est fortement lié à sa perception de la sévérité des symptômes chez son enfant. Le même résultat s'observe chez les mères.

Toutefois, une seule sous-échelle de l'Indice de Stress Parental du père est significativement liée à la sévérité des problèmes perçus par la mère, celle du stress provenant de l'interaction dysfonctionnelle père-enfant. Ainsi, plus la mère perçoit les

problèmes de l'enfant comme sévères, plus le père vit de stress parental dans sa relation avec l'enfant. Cette dimension est reliée aux attentes parentales non comblées à propos de l'enfant, ce dernier ne permettant pas au parent de se sentir fier, efficace et important. Ce résultat s'explique en partie par ceux rapportés par De Luccie (1996). Cet auteur a démontré que la satisfaction et l'engagement du père dans sa relation avec l'enfant est fortement prédit par le soutien maternel. Ainsi, lorsque la mère perçoit elle-même son enfant comme problématique et difficile, il est possible qu'elle soit moins disponible pour fournir un soutien à son conjoint, augmentant ainsi le stress du père face à sa satisfaction de sa relation avec l'enfant. De plus, selon Mash et Johnston (1982), la sévérité des problèmes perçus par la mère est inversement reliée avec une des dimensions de l'estime de soi du père en tant que parent soit, le sentiment de valeur et le confort dans le rôle de parent. Ainsi, plus la mère perçoit de problèmes chez l'enfant moins le père se sent compétent en tant que parent. Il va de soi qu'il est difficile en tant que parent de se sentir fier, efficace et important lorsque l'estime de soi relié à ce rôle est faible. Il faut aussi considérer que ce même sentiment de compétence parentale est négativement relié au niveau de stress parental du père (McBride, 1989).

Le stress parental total du père, sa détresse parentale ainsi que son stress relié aux difficultés de son enfant ne sont donc pas reliés à la perception qu'a la mère de la sévérité des problèmes de l'enfant. Pourtant, la perception qu'ont le père et la mère des problèmes de leur enfant est fortement liée. Ce résultat corrobore d'ailleurs ceux de plusieurs auteurs dont Baker et Heller (1996) et Bebko, Konstantareas et Springer

(1987) qui ont indiqué que le père et la mère rapportent un niveau de sévérité similaire en ce qui concerne les symptômes présentés par leur enfant.

Le peu de lien entre la sévérité des problèmes perçus par la mère et le stress parental du père pourrait s'expliquer par la façon dont le père considère la perception qu'a la mère des problèmes présents chez leur enfant. En effet, Baker et Heller (1996) ont rapporté que les parents perçoivent le même niveau de sévérité des symptômes chez leur enfant. Toutefois, les pères et les mères croient que ces dernières perçoivent un plus haut niveau de sévérité. Ainsi, il est possible que le père diminue l'importance de la perception que sa conjointe a de la sévérité des symptômes de leur enfant et se fie plutôt à son propre jugement.

Une différence est observée à ce niveau entre les pères et les mères. En effet, les corrélations entre la perception que le père et la mère ont des problèmes de l'enfant et le stress parental de la mère sont positives et significatives et ce, à toutes les sous-échelles. Ainsi, le stress de la mère est associé, à tous les niveaux, à la sévérité des symptômes qu'elle perçoit chez l'enfant mais son niveau de stress est aussi associé à la perception que le père a de la sévérité de ces problèmes. Cette différence entre les parents pourrait s'expliquer par le fait que les pères voient habituellement moins de raisons de s'inquiéter alors que les mères voient davantage la nécessité d'être aidée et se sentent davantage concernées par le problème (Baker et Heller, 1996). Heubeck, Watson et Russel (1986) ajoutent que les pères considèrent les problèmes de leur enfant de manière moins personnelle que le font les mères. Il est donc tout à fait plausible que le père se sent moins coupable que la mère face à la présence de problèmes chez l'enfant.

Autre fait intéressant, les résultats obtenus avec les corrélations entre les sous-échelles de l'Indice de Stress Parental du père et de la mère indiquent que le stress du père, concernant la perception de difficultés chez ce dernier, est fortement en lien avec la détresse que vit la mère. Toutefois, le stress de la mère relié aux difficultés de l'enfant n'est pas en lien avec la détresse parentale du père. Il semble donc que le père et la mère diffèrent quant au lien entre la détresse reliée à la perception de problèmes chez l'enfant par le conjoint et leur détresse reliée aux facteurs personnels tels le sentiment de compétence parentale. Les conclusions auxquelles en sont venues Caplan et Hall-McCorquodale (1985) suite à leur recherche empirique, pourraient expliquer cette différence. En effet, il semble que les mères sont majoritairement considérées responsables des problèmes de leur enfant dans la plupart des journaux cliniques, ce qu'a aussi observé Phares (1992) dans sa recherche empirique. Les auteurs ont proposé qu'en étant ainsi pointé du doigt, les mères en sont arrivées à intégrer ces propos comme une vérité et se sentent davantage responsable de la présence de problématiques quelconques chez leur enfant. De plus, les mères sont encore identifiées comme tenant davantage le rôle d'éducatrice auprès de leur enfant. Aussi, Mash et Johnston (1982) ont démontré que la perception qu'a le père et la mère des problèmes de l'enfant est positivement reliée à l'estime de soi de la mère, alors que l'estime de soi du père n'est reliée qu'à sa propre perception des problèmes de son enfant.

La perception qu'a le pédopsychiatre de la sévérité des symptômes n'est pas reliée au stress parental du père ni à celui de la mère. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait

que le pédopsychiatre a fait part aux parents de sa perception de la sévérité des symptômes par l'entremise d'une entrevue visant à communiquer et expliquer le diagnostic et l'EGF n'a pas nécessairement été utilisé à cette fin.

L'absence de lien entre la perception qu'a le médecin traitant et celle des parents pourrait s'expliquer à partir de recherches effectuées par quelques auteurs (Kazdin et Heidish, 1984; Kline, 1988). Ces auteurs ont rapporté que les instruments utilisés à des fins de diagnostics en milieu psychiatrique dont le DSM et ceux utilisés par les parents afin d'évaluer les difficultés de l'enfant sont deux façons différentes de procéder. Toutefois, ils sont la plupart du temps non-convergeants. Kline (1988) a spécifié que les raisons pour lesquelles ces résultats sont obtenus sont encore incomprises. Toutefois, il ajoute que la validité de ses deux instruments ne doit pas être remise en question. Un autre aspect est à prendre en considération, selon la recherche effectuée par Garralda et Bailey (1986) le niveau d'accord entre le psychiatre traitant et les parents étaient beaucoup plus élevé chez les filles que chez les garçons. Or, le présent échantillon est composé à 76% de garçons.

L'absence de lien entre la perception qu'a le pédopsychiatre et le stress parental du père et de la mère, peut être expliqué par les résultats obtenus par Weiss (1991). Les parents de son échantillon rapportent qu'ils ont l'impression d'être mal informés sur l'étiologie et le pronostic de la problématique de leur enfant ayant reçu un diagnostic de trouble envahissant du développement spécifié ou non. De plus, les enfants de

l'échantillon de la présente étude ont peu de contacts réguliers avec le pédopsychiatre et sont plutôt dirigés vers des éducateurs, des psychologues et des travailleurs sociaux pour le traitement. Ainsi, il aurait peut-être eu un lien significatif entre la perception que le professionnel s'occupant régulièrement de l'enfant a de la problématique de l'enfant et le stress parental du père et de la mère. De plus, il est à noter que la sévérité des symptômes perçus par le pédopsychiatre a été transmise aux parents à travers l'annonce du diagnostic comme il l'a été mentionné plus haut. Or, il semble que ce ne soit pas le diagnostic comme tel qui importe quant au niveau de stress parental, mais plutôt les comportements reliés à la problématique (Donenberg et Baker, 1993; Floyd et Gallagher, 1997; Verhulst et Van Der Ende, 1997).

La seconde hypothèse proposant que le stress parental du père est davantage en lien avec sa propre perception de la sévérité des symptômes chez son enfant qu'avec la perception qu'en ont la mère ou le pédopsychiatre est confirmée. Pour toutes les sous-échelles, la propre perception du père est la variable qui explique spécifiquement le stress parental du père. Ainsi, ces résultats viennent démontrer l'important apport de la perception des problèmes par le père à son niveau de stress parental.

Le stress parental de la mère est davantage en lien avec sa propre perception qu'avec la perception qu'en ont son conjoint et le pédopsychiatre et ce, à toutes les sous-échelles. Ainsi, tout comme le père, la perception que la mère a des problèmes de son enfant explique en grande partie son niveau de stress parental.

Lorsque la contribution de la perception des problèmes de l'enfant sur le stress parental du père et de la mère est comparée, il est possible d'observer que cette variable explique davantage le niveau de stress parental de la mère que du père. Il est donc vrai qu'un lien important existe entre ces deux variables mais une légère différence demeure entre les pères et les mères.

En ce qui concerne le lien potentiel entre l'âge et le stress parental du père, rien de significatif n'a été trouvé. Les résultats obtenus au niveau de l'âge dans la présente étude peuvent être en partie expliqués par la recherche effectuée par Bistol et Schopler (1984). Ces auteurs rapportent que l'âge de l'enfant devient un facteur influençant seulement après neuf ans chez les pères d'enfants autistes. Or, l'échantillon de cette étude comporte des enfants de neuf ans et moins.

Le père semble aussi vivre plus de détresse parentale lorsque l'enfant est de sexe féminin une fois la variable «perception des problèmes par le père» est considérée quoique ce résultat soit marginalement significatif ($p=.08$). Ce résultat va à l'encontre de plusieurs recherches affirmant que les pères ont davantage de difficultés à s'adapter aux problèmes de leur garçon que de leur fille (Bebko, Konstantareas et Springer, 1987; Frey, Greenberg et Fewell, 1989). Toutefois, d'autres recherches rapportent que les pères sont plus satisfaits de leur rôle auprès de leur fils que de leur fille (Rodrigue, Morgan et Geffken, 1992) et que les pères acceptent plus facilement les écarts de conduites chez leur garçon que chez leur fille (Siegal, 1987). D'autres recherches n'ont pas trouvé de

liens significatifs entre le genre et le stress parental (Krauss, 1993; Weiss, 1991). Garralda et Bailey (1986), ont rapporté que les parents semblent plus sensibles aux difficultés de la fille que du garçon.

Contrairement à Baker et Heller (1996) et à Barnett et Baruch (1987), le stress des pères de la présente étude n'est pas plus élevé que celui des mères. Toutefois, comme l'ont observé Noh, Dumas, Wolf et Fisman (1989), le stress parental des pères et des mères de notre échantillon est comparable puisqu'il les situe tous deux au-delà du 90^e percentile au niveau du stress parental total et au-delà du 85^e percentile pour ce qui est du stress relié aux difficultés de l'enfant. Nous sommes donc en mesure d'affirmer que les pères comme les mères sont beaucoup plus stressés que les parents d'enfants «normaux» selon les normes d'Abidin (1995). Ce résultat vient appuyer celui rapporté par Beckman en 1991. Toutefois, la distribution du stress parental des pères et des mères (Figure 2) nous permet de constater que le pourcentage de mères vivant un stress élevé est plus grand que celui des pères.

Les résultats de cette recherche viennent confirmer l'existence d'un lien considérable entre le stress parental du père et la perception qu'il a des symptômes de son enfant. L'importance d'une meilleure compréhension de ce que vivent les pères d'enfants présentant une problématique psychiatrique semble évidente.

Le haut niveau de stress observé chez les pères de notre étude, tout comme chez la mère, soulève un questionnement quant au soutien et services disponibles et

spécifiquement adaptés aux besoins du père. En effet, Beckman (1991) a rapporté que le soutien formel n'est pas relié à une diminution du stress parental chez le père et soulève elle-même la question.

Les résultats de la recherche menée par Bebkö, Konstantareas et Springer (1987) pourraient être interprétés comme la conséquence de programmes non-adaptés au père. Selon leur étude, les pères et les mères de jeunes enfants (<8.5 ans) ne diffèrent pas quant au niveau de stress relié aux caractéristiques de leurs enfants. Toutefois, lorsque les enfants vieillissent, les pères vivent plus de stress que les mères. Ceux-ci vivent autant de stress reliés aux symptômes de leurs enfants que lorsqu'ils étaient en jeune âge même s'ils considèrent ces symptômes comme moins sévères. Cette information pourrait signifier que les pères n'ont pas eu autant d'aide que les mères ou que l'aide qui leur a été apporté n'était pas suffisamment adaptée à leurs besoins.

Selon Baker et Heller (1996), la mère est souvent la personne qui approche les professionnels pour demander de l'aide. Il est plausible que la mère devienne alors la personne ayant le plus de contacts avec le réseau de soutien et que les programmes lui soient ainsi plus accessibles et adaptés.

En effet, selon l'étude de Floyd et Gallagher (1997), il n'y a pas de lien significatif entre l'utilisation des services et le niveau de stress du père. Cependant, le niveau de stress de la mère est lié à l'utilisation des services en santé mentale. Ces auteurs supposent que les pères diffèrent des mères parce qu'ils sont probablement moins stressés

que celles-ci ayant moins de responsabilités directs dans les soins à donner aux enfants. Or, nos résultats démontrent que les pères vivent un niveau de stress très élevé. Ainsi, il serait important d'aller davantage explorer les besoins spécifiques des pères et d'élaborer des programmes d'intervention qui puisse les aider à mieux gérer leur stress et à le diminuer.

Ballay, Blasco et Simeonson (1992) ont rapporté que les besoins exprimés par les pères d'enfants ayant des incapacités sont significativement différents de ceux exprimés par les mères. Selon eux, les mères sont plus intéressées que les pères à rencontrer d'autres parents et d'échanger sur les problèmes de leurs enfants. Toutefois leurs données montrent que le besoin d'avoir de l'informations sur la problématique de leur enfant est similaire. Ces différences peuvent s'expliquer par l'étude de Krauss (1993) qui suggère que les pères se tournent vers leur famille lors de période de crises alors que les mères se tournent plutôt vers leur réseau sociale pour y faire face. Selon cet auteur, les pères sont plus stressés par la perception qu'ils ont de l'adaptation et de la cohésion de leur famille. L'auteur a ajouté pourtant que les programmes d'interventions précoces mettent l'accent presque uniquement sur la relation mère-enfant.

Plusieurs recherches ont mentionné la faible participation des pères que ce soit pour des fins de recherches ou dans les programmes d'intervention offerts aux parents d'enfants présentant des incapacités (Phares, 1992). Il faudrait peut-être voir en cela un certain isolement du père de par la nature des services disponibles à ces familles aux prises avec des enfants présentant une incapacité.

L'impact des caractéristiques de l'enfant sur le père suggère la nécessité que les futures recherches et interventions incluent le père plus fréquemment que jusqu'à présent. Le besoin de se pencher sur la cause des pères d'enfants présentant un problème de santé mental apparaît démontré. Selon Earls (1976), ignorer ou minimiser l'influence et l'importance du père dans les familles ayant de tels enfants peut non seulement nuire au traitement, mais aussi augmenter le stress de toute la famille.

Les résultats de cette recherche doivent être considérés en tenant compte de certaines limites. En effet, la présente étude était de nature corrélationnelle et les résultats ont été traités selon une hypothèse unidirectionnelle soit, que le stress du parent est affecté par la problématique de l'enfant. Toutefois, il importe de se rappeler que la relation entre le stress parental et les comportements de l'enfant est bidirectionnelle, les parents et les enfants s'influencent continuellement et réciproquement. Ainsi, par la nature de cette recherche, il n'est pas possible de savoir l'apport exacte du stress parental à la sévérité des symptômes de l'enfant et vice-versa.

L'absence de lien entre le stress parental et la sévérité des symptômes perçus par le pédopsychiatre, ainsi qu'entre la perception de la sévérité que les parents ont des problèmes de leur enfant et celui que le professionnel en a, sont des résultats qui amènent à se questionner. En effet, de futures recherches pourront se pencher sur l'impact réel du diagnostic posé par le professionnel traitant sur le parent et sur le type de relation qui s'établit entre eux.

En ce qui concerne ces derniers résultats, il ne faut pas omettre que les tests qui ont été utilisés afin de mesurer la sévérité des symptômes de l'enfant par les parents et le pédopsychiatre traitant sont deux instruments très différents et qui, comme il l'a été mentionné plus tôt, sont la plupart du temps non-convergers. De plus, le pédopsychiatre ayant contribué à cette recherche procède selon un mode ponctuel dans ses contacts avec les parents et n'est pas le professionnel traitant au niveau thérapeutique. Finalement, aucun deuxième avis professionnel n'a été obtenu dans la perception de la sévérité par le pédopsychiatre traitant et, par conséquent, aucun accord inter-juge. Cependant, la réduction des données effectuée à l'EGF, c'est à dire le regroupement en quatre catégories de sévérité, vient remédier à cette absence d'accord inter-juge en diminuant l'écart possible entre deux évaluations différentes.

Toutefois, les résultats concluant au niveau du lien entre le stress parental du père, de la mère et de la sévérité des symptômes perçus par chacun d'eux devraient être très représentatifs de ce qui vivent les parents d'enfants fréquentant une clinique pédopsychiatrique. En effet, la taille de l'échantillon, le fait que toutes les familles retenues soient bi-parentales contribuent à ce que les résultats précédents soient représentatifs. De plus, le fait que le diagnostic ait été posé et transmis aux parents par le même psychiatre a permis le contrôle de certaines variables (le même langage a été utilisé, la façon de communiquer le diagnostic, les interventions ce sont fait dans le même environnement, etc.).

Conclusion

L'objectif de cette étude visant à démontrer l'existence d'un lien entre la sévérité des problèmes chez l'enfant fréquentant une clinique pédopsychiatrique et le stress parental du père a été atteint. Les résultats de la recherche confirment que la perception qu'a le père de la sévérité des symptômes est davantage en lien avec son stress parental que le sont la perception qu'en a la mère et le psychiatre traitant. Finalement, il n'y a pas de lien entre le stress parental paternel et les variables «âge de l'enfant» et «durée de l'intervention» mais un lien marginalement significatif a été observé avec la variable «sexe de l'enfant».

Jusqu'à présent, peu de recherches se sont penchées sur le lien entre le stress parental du père et la sévérité des symptômes des enfants traités en milieu psychiatrique. Cette recherche vient confirmer l'existence d'un tel lien et se veut un préambule à une lignée de recherches venant spécifier davantage l'importance d'identifier les besoins spécifiques des pères et d'établir des plans d'intervention mieux adaptés.

Comme il a été noté dans le premier chapitre, le stress parental du père est négativement relié à la qualité de la relation qu'il entretient avec l'enfant. Il a aussi été mentionné que cette relation est particulière et procure à l'enfant l'occasion d'acquérir certaines habiletés et d'être en contact avec une figure parentale différente de celle de la mère.

La place du père dans le développement de l'enfant n'est plus à démontrer, il est clair que le père à son rôle bien à lui. Toutefois, ce que celui-ci éprouve lorsque son enfant connaît certaines difficultés, lorsqu'il est malade ou a des problèmes de santé mentale et la façon que le père a de gérer son stress ont été peu explorés dans les recherches jusqu'à présent. Il importe d'analyser et de comprendre de quelle manière les pères ont besoin d'être aidés dans ces situations et aussi, de trouver des moyens adaptés leur permettant de fonctionner au meilleur d'eux-mêmes dans de telles circonstances.

Références

- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index (3^e Ed) États-Unis: Psychological Assessment Ressources, Inc.
- American Psychiatric Association. (1996). DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux (4e éd.) (Version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Bailey, D.B., Blasco, Jr. P.M., & Simeonson, R. J. (1992). Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities. American Journal on Mental Retardation, 97(1), 1-10.
- Baker, B.L. & Heller, T.L. (1996). Preschool children with externalizing behaviors: Experience of fathers and mothers. Journal of Abnormal Child Psychology, 24(4), 513-532.
- Barclay, A. & Cusumano, D.R. (1967). Father absence, cross-sex identity, and field-dependent behavior in male adolescents. Child Development, 38, 243-250.
- Barnett, R.C. & Baruch, G.K. (1987). Determinants of fathers' participation in family work. Journal of Marriage and the Family, 49, february, 29-40.
- Bebko, J.M., Konstantareas, M.M. & Springer, J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. Journal of Autism and Development Disorders, 17(4), 565-575.
- Beckman, P.J. (1991) Comparaison of mothers' and fathers' perceptions on the effects of young children with and without disabilities. American Journal on mental Retardation, 95(5), 585-595.
- Beckman, P.J. (1983). Influence of selected child characteristics on stress in families of handicapped infants. American Journal of Mental Deficiency, 88(2), 150-156.
- Benedek, T. (1970). Fatherhood and providing. In E.J. Anthony & T. Benedek (Éd.) Parenthood: Its psychology and psychopathology. (1ere éd.), (pp. 167-183) Boston: Little, Brown and company (Inc.).

- Bigras, M. & Lafrenière, P.J. (1994). L'influence du risque psychosocial, des conflits conjugaux et du stress parental sur la qualité de l'interaction mère-garçon et mère-fille. Revue canadienne des sciences du comportement, 26(2), 280-297.
- Biller, H. B. (1969) Father absence, maternal encouragement, and sex role development in kindergarten-age boys. Child Development, 40, 539-546.
- Biller, H.B. (1993) Fathers and family: Paternal factors in child development. Wesport: Auburn House.
- Bristol, M. M. & Schopler, E. (1984). A developmental perspective on stress and coping in families of autistic children. In J. Blacher (Ed.), Families with severely handicapped children (pp. 91-134) New-York : Academic Press.
- Bridges, L.J. & Connell, J.P. (1991). Consistency and inconsistency in infant emotional and social interactive behavior across contexts and caregivers. Infant Behavior And Development, 14, 471-487.
- Cameron, S. J., Dobson, L. A. & Day, D.M. (1991). Stress chez les parents d'enfants d'âge préscolaire qui présentent ou non des retards de développement. Santé mentale au Canada, mars, 14-18.
- Caplan, P.J. & Hall-McCorquodale, I (1985). Mother-blaming in major clinical journals. American journal of orthopsychiatry, 55(3), july, 345-353.
- Capsi, A., Henry, B., McGee, O.R., Moffit, T.E. & Silva, P.A. (1995). Temperamental origins of child and adolescent behavior problems: From age three to age fifteen. Child development, 66, 55-68.
- Clarcke-Stewart, K.A. (1978). And daddy makes three: The father's impact on mother and young child. Child Development, 49, 466-478.
- Cohen, J.J. & Fish, M.C. (1993) Externalizing responds, (ch.2) Externalizing responds, (ch.3) In J.J. Cohen & M.C. Fish (Ed) Handbook of school-based interventions, (pp.123 et 165). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Cohen, S., Evans, G., Stokols, D. & Krantz, D. (1986). Behavior, health and environmental stress. New-York: Plenum press.
- Cooper, C., (1996) Handbook of stress, medicine and, health. Boca-Raton, Fla: CRC Press.

- Crnic, K. A. & Greenberg, M.T. (1990). Minor parenting stress with young children. Child Development, 61, 1628-1637.
- Crockenberg, S., Lyons-Ruth, K. & Dickstein, S. (1993). The family context of infant mental health: II. Infant development in multiple family relationships. In C.H. Jr. Zeanah, (Ed), Handbook of infant mental health, (p38-56). New-York: Guilford Press.
- Cuccaro, M.L., Holmes, G.R. & Wright, H.H. (1993). Behavior problems in preschool children: A pilot Study. Psychological reports, 72, 121-122.
- Cusson, M. (1989). Délinquant pourquoi? Québec: Bibliothèque Québécoise.
- Darke, P.R. & Goldberg, S. (1994). Father-infant interaction and parent stress with healthy and medically compromised infants. Infant Behavior And Development, 17, 3-14.
- De Luccie, M. F. (1995). Mothers: Influential agents in father-child relations. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 122(3), august, 285-307.
- Dictionnaire Larousse Thématique, (1994). Dictionnaire de la psychologie. Club France Loisirs, Paris, DC : Auteur.
- Donenberg, G & Baker, B.L. (1993) The impact of young children with externalizing behaviors on their families. Journal of Abnormal Child psychology, vol.21(2), 179-192.
- Dyson, L.L. (1991). Families of young children with handicaps: Parental stress and family functioning. American Journal on Mental Retardation, 95(6), 623-629.
- Dyson, L.L. (1993). Response to the presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning over time. American Journal on Mental Retardation, 98(2), 207-218.
- Dyson, L.L., (1996). The experience of families of children with learning disabilities: Parental stress, family functioning, and sibling self-concept. Journal of Learning Disabilities, 29(3), may, 280-286.
- Earls, F. (1976). The fathers (not the mothers): Their importance and influence with infants and young children. Psychiatry, 39, august, 209-226.

- Easterbrooks, M. A. & Goldberg, W. A. (1984). Toddler development in the family: Impact of father involvement and parenting characteristics. Child Development, 55, 740-752.
- Ethier, L. & Lafrenière, P. (1993). Le stress des mères monoparentales en relation avec l'agressivité de l'enfant d'âge pré-scolaire. Journal International de Psychologie, 28(3), 273-289.
- Epstein, A.S. & Radin, N. (1975). Motivational comportements related to father behavior and cognitive functioning in preschoolers. Child Development, 46, 831-839.
- Fisman, S. & Wolf, L. (1991). The handicapped child: Psychological effects of parental, marital, and sibling relationships. Pervasive Developmental Disorders, 14(1), march, 199-217.
- Frank, S. J., Olmsted, C. L., Wagner, A. E., Laub, C. C., Freeark, K., Breitzer, G. M. & Peters, J.M. (1991). Child illness, the parenting alliance, and parenting stress. Journal of Pediatric Psychology, 16(3), 361-371.
- Frey, K.S., Greenberg, M.T. & Fewell, R. R. (1989). Stress and coping among parents of handicapped children: A multidimensional approach. American Journal on Mental Retardation, 94(3), 240-249.
- Friedrich, W. N. & Friedrich, W. L. (1981). Psychological assets of parents of handicapped and nonhandicapped children. American Journal of Mental Deficiency, 85(5), 551-553.
- Fuller, G.B. & Rankin, R.E. (1994). Differences in level of parental stress among mothers of learning disabled, emotionally impaired, and regular school children. Perceptual and Motor Skills, 78, 583-592.
- Garralda, M. E. & Bailey, D. (1986). Children with psychiatric disorders in primary care. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 27(5), 611-624.
- Graham McClowry, S.G., Giangrande, S.K., Tommasini, N. R., Clinton, W., Foreman, N.S., Lynch, K. & Ferketich, S.L. (1994). The effects of child temperament, maternal characteristics, and family circumstances on the maladjustment of school-age children. Research in Nursing & health, 17, 25-35.
- Heubeck, B., Watson, J. & Russel, R. (1986). Father involvement and responsibility in family therapy. In M. E. Lamb (Ed.), *The father's role : Applied perspectives*.

191-226, New-York: Wiley.

- Hetherington, E. M., Cox, M. & Cox, R. (1991). Long-term effects of divorce and remarriage on the adjustment of children. Annual Progress in Child Psychiatry and Psychology, 407-429.
- Hodges, W. F., Buchsbaum, H. K. & Tierney, C. W. (1983). Parent-child relationships and adjustment in preschool children in divorced and intact families. Journal of Divorce, 7(2), winter, 43-58.
- Hodges, W. F., London, J. & Colwell, J. B. (1990). Stress in parents and late elementary age children in divorced and intact families and child adjustment. Journal of Divorce & Remarriage, 14(1), 63-79.
- Holden, E.W. & Banez, G.A. (1996). Child abuse potential and parenting stress within maltreating families. Journal of Family Violence, 11(1), 1-12.
- Hornby, G. (1994). Effects of children with disabilities on fathers: A review and analysis of the literature. International Journal of Disability, 41(3), 171-184.
- Jarvis, A. & Creasey, G. L. (1991). Parental stress, coping and attachment in families with an 18-month-old infant. Infant Behavior And Development, 14, 383-395.
- Katz, L. F. et Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. Developmental Psychology, 29(6), 940-950.
- Konstantareas, M. M. (1991). Autistic, learning disabled and delayed children's impact on their parents. Canadian Journal of Behavioural Science, 23(3), 358-375.
- Konstantareas, M. M. & Homatidis, S. (1989). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. Journal of child psychology and psychiatry, 30(3), 459-470.
- Konstantareas, M. M. & Homatidis, S. (1991). Effects of developmental disorder on parents: Theoretical and applied considerations. Pervasive developmental Disorders, 14(1), 183-197.
- Koestner, R., Franz, C. & Weinberger, J. (1990). The family origins of empathic concerns: A 26 year longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 709-717.

- Krauss, M. W. (1993). Child-related and parenting stress: Similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities. American Journal on Mental Retardation, 97, 393-404.
- Kromelow, S. Handing, C. & Touvis, M. (1990). The role of the father in the development of stranger sociability during the second year. American Journal of Orthopsychiatry, 60(4), 521-530.
- Lamb, M. E. (1982). The development of father-Infant relationships. In M.E. Lamb (Éd.), The role of the father in child development, (2e éd.) (pp.459-488) New-York: Wiley-Interscience Publication.
- Lamb, M. E. (1986). The changing roles of fathers. In M.E. Lamb (Éd.), The role of the father in child development, (3e éd.) (pp.6) New-York: Wiley-Interscience Publication.
- Lamb, M. E., Pleck, J. H. & Levine, J. A. (1985). The role of the father in child development: The effects of increased paternal involvement. In B.J. Lahey & A.E. Kazdin (Éd.) Advances in Clinical Child Psychology, (vol. 8) (pp.267) New-York: Plenum Press.
- Kazdin, A. E. et Heidish, I. E. (1984). Convergence of clinically derived diagnoses and parent checklists among inpatient children. Journal of Abnormal Child Psychology, 12(3), 421-436.
- Kline, R.B. (1988). Methodological considerations in the evaluation of the convergence of psychiatric diagnoses and parent-informant checklists. Journal of Abnormal Child Psychology, 16(3), 289-298.
- Main, M. & Weston, D. R. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. Child Development, 52, 932-940.
- Mash, E. J. & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem and mother's reported stress in younger and older hyperactive and normal children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 86-99.
- Maziade, M., Caron, C., Coté, R., Merette, C., Bernier, H., Laplante, B., Boutin, P. & Thivierge J. (1990). Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at age 7. American Journal of Psychiatry, 147(11), 1531-1536.

- McBride, B.A. (1989). Stress and father's parental competence: Implications for family life and parent educators. Family Relations, 38, 385-389.
- Middlebrook, J. L. & Forehand, R. (1985). Maternal perceptions of deviance in child behavior as a function of stress and clinic versus nonclinic status of the child: An analogue study. Behavior Therapy, 16, 494-502.
- Moffit, E.T. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. Psychological review, 100(4), 674-701
- Noh, S., Dumas, J. E., Wolf, L.C. et Fisman, S.N. (1989). Delineating sources of stress in parents of exceptional children. Family Relations, 38, 456-461.
- Palfrey, J. S., Walker, D. K., Butler, J. A. et Singer, J. D. (1989). Patterns of response in families of chronically disabled children: An assessment in five metropolitan school districts. American Journal of Orthopsychiatry, 59(1), 94-104.
- Parish, T. S. & Copeland, T. F. (1980). Locus of control and father loss. The Journal of Genetic Psychology, 136, 147-148.
- Parke, R. D. B & Tinsley, B. R. (1982.) The father's role in infancy: Determinants of involvement in caregiving and play. In M.E. Lamb (Éd.), The role of the father in child development, (2e éd.) (pp.429-488) New-York:Wiley-Interscience Publication.
- Pearlin, L. I., Liberman, M. A., Menaghan, E.G. et Mullan, J.T. (1981). The stress process. Journal of Health and Social Behavior, 22, décembre, 337-356.
- Pederson, F. A. & Robson, K. S. (1969). The father participation in infancy. American Journal of Orthopsychiatry, 19, 466-472.
- Peterson, D.R. (1961) Behavior problems of middle childhood. Journal of consulting Psychology, 25, 205-209.
- Pettit, G. S., Brown, E. G. & Mize, J. (1998). Mother's and father's socializing behaviors in three contexts: Links with children's peer competence. Merrill Quaterly, 44(2), april, 173-195.
- Phares, V. (1992). Where's poppa: The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. American Psychologist, 47(5), 656-664.

- Radin, N. (1982). The role of the father in cognitive, academic, and intellectual development. In M. E. Lamb (Éd.), The role of the father in child development, (2e éd.) (pp.379-428) New-York:Wiley-Interscience Publication.
- Rodrigue, J. R., Morgan, S. B. & Geffken, G. R. (1992). Psychosocial adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. Journal of Autism and Developmental Disorders, 22, 249-263.
- Roy, N. (1996). Le potentiel d'abus physique envers l'enfant chez le père dans des familles ayant des difficultés psychosociales: Contribution du stress parental et des caractéristiques de l'enfant. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Siegal, M., (1987). Are sons and daughters treated more differently by fathers than by mothers? Developmental Review, 7, 183-209.
- Singer, L. & Farkas, K. J. (1989). The impact of infant disability on maternal perception of stress. Family Relations, 38, 444-449.
- Stiffman, A. R., Orme, J. G., Evans, D. A., Feldman, R. A. & Keeney, P. A., (1984). A brief measure of children's behavior problems: The behavior rating index for children. Measurement and evaluation in counseling and development, 16, 83-90.
- Sollee, N. D. & Kindlon, D. J. (1987). Lateralized brain injury and behavior problems in children. Journal of Abnormal Child Psychology, 15(4), 479-490.
- Valla, J-P., Bergeron, L., Lageix, P. & Breton, J-J. (1996). L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents. Paris: Maddon.
- Van Ijzendoorn, M.H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. Developmental Review, 12, 76-99.
- Verhulst, C. F. & Van Der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. Journal of American Academy on Child and Adolescent Psychiatry, 36(7), july, 901-908.
- Weber-Stratton, C. (1988). Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: Roles of parent and child behaviors and parent adjustment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6), 909-915.

- Weinberg, S. L. & Richardson, M. S. (1981). Dimensions of stress in early parenting. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(5), 686-693.
- Weiss, S. J. (1991). Stressors experienced by family caregivers of children with pervasive developmental disorders. Journal of Child Psychiatry and Human Development, spring, 221(30), p. 203-216.
- Whipple, E. E. & Weber-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. Child Abuse and Neglect, 15, 279-291.
- Yogman, M. W. (1981). Development of father-infant relationships. In H. Fitzgerald, B. Lester & M.W. Yogman (Éd.) Theory and research in behavioural pediatrics, (vol.1) (pp. 307-326) New-york: Plenum.

Appendice A

Le Behavior Rating Index for Children

INVENTAIRE DE COMPORTEMENT POUR ENFANT

Stiffman et coll. (1984)¹

Traduit et adapté par Lacharité (1997)

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

En général, est-ce que votre enfant:

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

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

Appendice B

L'échelle d'Évaluation Globale

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

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

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

- | | |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 100

91 | Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes. |
| 90

81 | Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex. Conflit occasionnel avec les membres de la famille). |
| 80

71 | Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. retard temporaire du travail scolaire). |
| 70

61 | Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives. |
| 60

51 | Symptômes d'intensité moyenne (p.ex. épuisement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail). |
| 50

41 | Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis incapable à grader un emploi). |
| 40

31 | Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école). |
| 30

21 | Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis). |
| 20

11 | Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme). |
| 10

1 | Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex. accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort. |
| 0 | Information inadéquate. |