

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ROXANNE CHILLIS-RIVARD

LES ATELIERS DE PLEINE CONSCIENCE PARENTALE ET LEUR EFFET À
MOYEN TERME SUR LES CAPACITÉS D'AUTORÉGULATION DES MÈRES :
ÉTUDE PILOTE

AOÛT 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigée par :

Lucie Godbout, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Lucie Godbout, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Carl Lacharité, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Sonia Goulet, Ph.D.

Université Laval

Sommaire

Le stress parental est une condition observée dans tous types de famille, mais étant d'autant plus marqué chez les populations psychiatriées ou chez des familles dont les enfants souffrent d'un problème de santé mentale (Sawyer et al., 2011). Les programmes offerts aux parents pour les soutenir sur le plan des habiletés parentales et de la gestion comportementale sont principalement de type psychoéducatif (Goodson, 2005). Cependant, sous l'effet du stress, il peut être difficile pour ceux-ci d'appliquer les méthodes apprises. Le présent essai traite donc d'une nouvelle avenue thérapeutique, la pleine conscience parentale (PCP), comme moyen pour le parent de créer un espace régulatoire lui permettant de porter attention à ses expériences au présent, à les décrire et à les accueillir sans jugement, de sorte qu'il puisse éventuellement transférer ce processus réflexif aux comportements de son enfant et ainsi inhiber ses réactions automatiques sous l'effet du stress (Meppelink, de Bruin, Wanders-Mulder, Vennik, & Bögels, 2016). Les recherches sur la PCP commencent d'ailleurs à montrer son efficacité pour la diminution des symptômes psychopathologiques des enfants et des parents sans qu'aucune intervention psychoéducative ne soit offerte à ces derniers (Bögels, Hellemans, van Deursen, Römer, & van der Meulen, 2014). Toutefois, encore trop peu d'études primaires sont actuellement disponibles pour quantifier et bien comprendre les retombées de la PCP. La présente a donc servi à documenter le lien unissant la PCP et les capacités d'autorégulation parentale, soit ces capacités permettant de freiner les réactions automatiques. Cette brève revue théorique et empirique a été appuyée par une étude pré-expérimentale prétest/post-test auprès de sept mères ayant participé à des ateliers de PCP.

pendant neuf semaines. Les résultats obtenus n'appuient qu'en partie l'idée que la pratique de PCP favorise le développement des capacités d'autorégulation des parents. Plusieurs limites méthodologiques ont été identifiées. Les principaux résultats sont détaillés dans la conclusion.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	10
La parentalité.....	11
Les pratiques parentales et les styles parentaux.....	13
Les défis additionnels : l'enfant problématique.....	14
Les transactions entre les comportements de l'enfant et ceux des parents	16
L'autorégulation.....	18
Les modèles explicatifs des processus duaux	21
Le pôle de la régulation : le processus « top-down ».....	22
L'inhibition	24
La mémoire de travail	24
La flexibilité.....	24
Le lien entre l'autorégulation, les relations interpersonnelles et la parentalité..	26
La transmission intergénérationnelle des capacités d'autorégulation.....	28
Limites des programmes disponibles d'aide à la parentalité	29
La pleine conscience au plan personnel et parental	32
Les définitions de la pleine conscience.....	34

Les programmes de groupes de méditation de pleine conscience	36
Les apports de la 3 ^e vague en psychothérapie.....	37
Effets physiologiques.....	39
Effets psychologiques	39
Effets relationnels	40
Le volet parental de la pleine conscience et ses retombées	40
Les apports des neurosciences dans la compréhension de la pleine conscience et de son impact au plan de l'autorégulation	42
Méthode.....	48
Participants.....	49
Critères d'inclusion.....	50
Critères d'exclusion	50
Instruments de mesure et déroulement.....	51
Questionnaire sociodémographique.....	51
L'inventaire de Beck pour la dépression (BDI).....	51
Estimation du potentiel intellectuel	52
Mesures inférentielles	52
L'échelle des cinq facettes de la pleine conscience (FFMQ)	53
Interpersonal Mindfulness in Parenting scale (IM-P).....	53
The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	54
Évaluation neuropsychologique de l'autorégulation cognitive.....	54
Entrevue qualitative	55
Intervention	55

Plan d'analyse des données.....	59
Résultats	60
Caractéristiques sociodémographiques des participantes	61
Effets des ateliers de pleine conscience parentale sur les capacités des mères à être en pleine conscience et à adopter une attitude consciente envers leur enfant....	62
Effets des ateliers de pleine conscience parentale sur les capacités d'autorégulation émotionnelle des mères	64
Effets des ateliers de pleine conscience parentale sur les capacités d'autorégulation cognitive des mères	65
Analyse détaillée de l'expérience d'une mère pour qui les ateliers semblent avoir été bénéfiques	79
Discussion	72
Appréciation générale des mères	79
Conclusion.....	81
Références	83
Appendice A. Traduction libre du <i>Interpersonal Mindfulness in Parenting scale (IM-P)</i>	103
Appendice B. Guide d'entretien pour l'évaluation qualitative	104

Liste des tableaux

Tableau

1	Thèmes et objectifs du programme de pleine conscience parentale	57
2	Comparatif des moyennes et des écarts-types au score total et aux sous-échelles des questionnaires FFMQ et IM-P	63
3	Comparatif des moyennes et des écarts-types au score total et aux sous-échelles du questionnaire DERS.....	65
4	Comparatif des moyennes et des écarts-types pour chacun des scores obtenus aux tests.....	68
5	Comparatif des performances de madame à l'ensemble des épreuves neuropsychologiques en pré et post-test par rapport aux autres mères et à l'échantillon normatif des outils.....	70

Liste des figures

Figure

1 Modèle de la parentalité de Delecourt & Leturque (2009)	13
2 Modèle intégré d'autorégulation et d'hétérorégulation de Nader-Grosbois (2007)	20
3 Modèle de la transmission intergénérationnelle de l'autorégulation (Bridgett et al., 2015 ; traduction libre)	28

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice, madame Lucie Godbout, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Je lui suis reconnaissante de m'avoir appuyée pendant l'ensemble mon parcours universitaire et de m'avoir laissé la liberté d'étudier différents sujets n'étant pas toujours reliés à son champ d'expertise.

Il est aussi important de souligner l'implication des membres de l'équipe de pédopsychiatrie de l'hôpital du Grand-Portage, sans quoi, la présente recherche n'aurait pu prendre forme.

Des remerciements sont aussi de mises à l'égard de monsieur François Lapointe qui a généreusement offert de son temps pour m'aider à organiser les analyses statistiques de façon à respecter les normes.

Finalement, je tiens à remercier mon entourage actuel et passé. Vous avez fait naître et grandir bon nombre de valeurs en moi et m'avez offert votre soutien inestimable dans cette quête d'identité professionnelle.

Introduction

Pour la majorité, la parentalité n'est pas chose facile. Elle comporte un lot de défis et de responsabilités n'étant pas toujours évidents à relever et à assumer. En effet, être parent est une tâche de grande ampleur et implique plusieurs apprentissages. Au fil de ses interactions avec son enfant, le parent s'implique dans un processus de savoir-être et de savoir-faire. Il s'immisce, pas à pas, dans un quotidien de partage, d'émotions, de plaisirs, de reconnaissance, d'agir, d'exigence, d'autorité, de cohérence et de continuité auprès d'un être éprouvant des besoins (Dumont & Renard, 2004). Afin de favoriser le climat et les relations familiales, le parent tente de trouver un équilibre entre la discipline, l'écoute et le soutien (Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2007). Cependant, lorsque l'enfant présente une problématique de santé mentale, comme un trouble anxieux, des symptômes dépressifs, des difficultés relationnelles, attentionnelles et comportementales, la parentalité devient d'autant plus complexe (Bögels & Restifo, 2014). La problématique psychiatrique et/ou neurologique de l'enfant contribue au stress et aux conflits au sein de la famille (Haydicky, Shecter, Wiener, & Ducharme, 2015). Par exemple, les parents d'enfants ayant un trouble déficitaire de l'attention (TDAH) expérimentent des niveaux élevés de stress parental (Modesto-Lowe, Chaplin, Godsay, & Soovajian, 2014) dû entre autres aux difficultés d'écoute de l'enfant, à ses comportements hyperactifs et impulsifs et à ses difficultés à acquérir de l'indépendance pour gérer son temps et ses priorités. Davantage stressés, les parents tendent à sur-réagir aux comportements problématiques de leurs enfants (Chi & Hinshaw, 2002). Cependant,

leur façon de se comporter, de contrôler leurs impulsions et de diriger leur attention agit à titre de modèle pour ces derniers (Goodson, 2005). Les enfants observent en d'autres mots comment leurs parents se régulent et gèrent la situation. C'est pourquoi, l'ensemble de ces constats suggère l'existence d'une relation bidirectionnelle entre les troubles comportementaux de l'enfant et les propres comportements du parent, médié par le stress de ce dernier (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Bornstein, 2000 ; McGrath, 2013 ; Neece, Green & Baker, 2012).

À la lumière de l'importante influence des conduites des parents et leur état émotionnel par rapport au développement de problèmes affectifs et comportementaux chez l'enfant, plusieurs études dans le domaine de la parentalité ont focalisé leur attention sur les habiletés de régulation de soi des parents (Ben-Porath, 2010 ; Shaffer & Obradovic, 2017). Cette capacité, aussi appelée « maîtrise de soi » ou « autorégulation », réfère à un concept large aux multiples facettes, impliquant la gestion des émotions, des processus cognitifs et des comportements orientés vers un but (Bridgett, Burt, Edwards, & Deater-Deckard, 2015 ; Karoly, 1993). La composante cognitive de l'autorégulation, soit la composante exécutive (mémoire de travail, inhibition et flexibilité), est directement liée à la composante émotionnelle (Ochner, Silvers & Buhle, 2012). Ensemble, elles prédisent la façon dont le parent se comporte lors de ses interactions avec son enfant (Shaffer & Obradovic, 2017).

Sur le plan empirique, l'autorégulation cognitive et émotionnelle est liée à différentes sphères de la parentalité, comme le soutien parental, la sensibilité, l'implication, le rejet, la maltraitance, les mesures disciplinaires démesurées ou inconsistantes, le style parental autoritaire, la communication, le sentiment d'efficacité et la satisfaction (voir Crandall, Deater-Deckard & Riley, 2015 pour une revue de la littérature). La nature de ces liens laisse présumer l'existence d'une relation positive entre la parentalité et l'autorégulation cognitive et émotionnelle. Pourtant, malgré cette évidente corrélation, peu d'études ont investigué l'ensemble des composantes de l'autorégulation et leurs influences sur la qualité des attitudes parentales et la relation parent-enfant à l'aide de multiples méthodes empiriques. Shaffer & Obradovic (2017) ont voulu répondre à ce besoin. Dans leur recherche, ils concluent à l'existence d'un lien entre le contrôle inhibiteur¹ des parents et leur degré de sensibilité et de soutien envers l'enfant. Ils soulignent également l'association entre les difficultés de régulation émotionnelle, principalement les problèmes à générer des stratégies de régulation efficaces, et les faibles niveaux d'attitudes positives et collaboratives envers l'enfant. Bien qu'ils soulèvent la nécessité de répliquer les résultats, ils proposent tout de même que le contrôle inhibiteur puisse être l'unique prédicteur des habiletés d'enseignement et de structuration des parents dans leurs interactions avec leurs enfants, alors que la régulation émotionnelle serait liée à l'aspect affectif de l'interaction. Toutefois, l'étude ne permet pas de conclure à des relations causales. Ce constat montre tout l'intérêt de poursuivre des études primaires dans ce

¹ Le concept de contrôle inhibiteur décrit par Shaffer & Obradovic (2017) réfère aux capacités d'inhibition, capacités exécutives faisant parties de l'autorégulation cognitive.

domaine de la littérature encore émergeant et de s'attarder aux premières applications d'interventions pouvant améliorer les capacités d'autorégulation cognitive et émotionnelle des parents.

À ce jour, plusieurs programmes existent afin de favoriser le développement de compétences chez le parent. Cependant, la majorité de ceux-ci misent sur l'enseignement de techniques de gestion des comportements de l'enfant (Goodson, 2005) et s'intéressent peu aux habiletés de régulation de soi des parents. Bien qu'ils fonctionnent dans plusieurs cas, certains n'apparaissent pas si efficaces (voir Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006 et Reyno & McGrath, 2006 pour une méta-analyse). À cet effet, Hasting (2002) mentionne que même si les parents sont outillés et savent comment appliquer ces techniques, il demeure plus difficile d'y arriver en situation de stress ou de conflits. Tel que mentionné plus haut, dans ces moments, les parents tendent à être plus réactifs et moins contrôlés. C'est pourquoi les interventions qui leur sont offertes dorénavant reposent de plus en plus sur les éléments cognitifs et affectifs reliés à leur propre expérience et leur propre conduite (Sanders & Morawska, 2006). Faisant le pont avec la terminologie en neuropsychologie, Galinsky (2010) appuie l'idée que l'apprentissage comportemental n'est pas suffisant pour améliorer la relation parent-enfant. Selon lui, la régulation cognitive et émotionnelle constitue une composante de l'intelligence fluide et est plus importante que les aptitudes/connaissances générales cristallisées dans l'adéquation des conduites parentales. En d'autres mots, bien que le parent ait les connaissances pré-requises, c'est sa capacité à les utiliser qui fera la différence.

Dans cette optique, les programmes de pleine conscience parentale (PCP) sont proposés comme nouvelle avenue d'intervention dans un contexte familial où un enfant présente des comportements perturbateurs et où le parent peine à s'autoréguler (Dumas, 2005). Ces programmes sont issus d'un grand courant d'intervention, soit la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales, et encore plus largement des plus vieilles traditions bouddhistes (Duncan, Coatsworth & Greenberg, 2009a ; Heeren & Philippot, 2010). En troisième vague, le principe de pleine conscience (PC), ou *mindfulness* en anglais, est brièvement défini comme un état de conscience qui émerge en dirigeant son attention moment après moment sur le présent (Mirabel-Sarron, Docteur, Sala, & Siobud-Dorocant, 2012). L'attention est portée aux pensées, émotions et sensations présentes tout en réduisant la tendance à éviter l'expérience aversive ou à y répondre de façon réactive (Brown, Ryan & Creswell, 2007 ; Goldstein, 2002). La PC est une capacité métacognitive (régulatrice) permettant de se dégager des processus cognitifs automatiques (Brown, Ryan & Creswell, 2007 ; Creswell, Way, Eisenberger, & Lieberman, 2007). Ici, l'utilisation du terme automatique s'appuie de la propension de l'être humain à juger une expérience quasi en dehors de son champ de conscience dû au conditionnement de cette expérience (Bargh & Chartrand, 1999). La PC, par le non-jugement et le focus sur l'expérience présente qu'elle implique, permet de dépasser les biais cognitifs créés par les jugements automatiques de base (jugement « bon » ou « mauvais ») (Duncan et al, 2009a). Comme un délai réflexif est nécessaire pour prendre conscience, les réponses de l'individu tendent à être plus régulées et donc moins réactives. En science cognitive, de récentes avancées ont permis d'identifier en partie les

mécanismes neurocognitifs qui sous-tendent la PC (Tang, Hölzel, & Posner, 2015). Celles-ci montrent l'existence d'un lien entre la PC et certaines fonctions régulatrices et affectives en raison de l'utilisation de mêmes substrats neurologiques. En effet, de par son site identifié à l'imagerie (cortex préfrontal, l'insula, la jonction temporo-pariéiale, le cortex cingulaire antérieur et l'hippocampe), certains auteurs supposent que la PC aurait pour effet que les régions corticales frontales prendraient le contrôle sur les régions sous-corticales en exerçant entre autres une inhibition « top-down » de l'activité amygdalienne. L'activation accrue des différents sites du cortex préfrontal en association avec la diminution de l'activité amygdalienne est typiquement observée lors du processus délibéré de régulation, rendant ainsi possible la réduction des réponses émotionnelles automatiques (Creswell et al., 2007 ; Hölzel et al., 2011). Une étude pilote a même tenté d'examiner les changements à l'IRM suite à des activités de PC parent-adolescent (May, Reinka, Tipsord, Felver, & Berkam, 2016). Ils ont trouvé une activité accrue en post-intervention au niveau des aires associées à la conscience de soi et à l'évaluation (précunéus, cortex préfrontal ventromédian), à la conscience émotionnelle et intéroceptive (insula médian) et à la régulation des émotions (cortex préfrontal latéral). Également, certains changements, au niveau de l'activité insulaire et frontale associée à l'empathie, ont été observés et sembleraient corréler avec les changements relationnels parent-adolescent rapportés. Cependant, les résultats devront être répliqués et l'ajout d'un groupe contrôle sera nécessaire pour confirmer l'effet de la PC sur l'activité neuronale. De plus, comme les chercheurs n'ont pas utilisé de mesures complémentaires comportementales et

neuropsychologiques en ce qui a trait à l'autorégulation, il serait pertinent d'étudier un tel concept sous cet angle et auprès de la population parentale.

En somme, les interventions de PC apparaissent comme des avenues intéressantes pour aider les parents à résister aux modèles parentaux dysfonctionnels qu'ils peuvent eux-mêmes avoir internalisés dans leur enfance et dont ils peuvent être susceptibles de transmettre à leurs enfants (Bögels, Lehtonen & Restifo, 2010). Parmi ces modèles, l'autorégulation de soi ou la gestion des émotions, des cognitions et des comportements est partie intégrante. Tel que vu précédemment, l'autorégulation du parent est une pierre angulaire de l'intervention en contexte de conflits familiaux ou en présence de membres psychotrisés au sein de la famille. C'est pourquoi elle constitue en soi une thématique dans la plupart des programmes de PCP. Cependant, ces programmes sont encore jeunes et peu d'études se sont intéressées à leurs impacts. Également, aucune étude primaire ne s'est encore penchée sur l'effet des programmes de PCP sur les capacités d'autorégulation cognitive et émotionnelle des parents en utilisant des mesures comportementales et neuropsychologiques. Cet essai visera donc à documenter et répondre à cette question, de façon à augmenter la quantité d'études primaires sur le sujet.

Hypothèses : L'intervention de PCP sera bénéfique en augmentant les capacités de PC du parent (mindfulness-trait), ses capacités de PCP et ses capacités d'autorégulation émotionnelle et cognitive.

Le corps général de cette étude est divisé comme suit. Les éléments théoriques sont d'abord discutés en trois segments : la parentalité, l'autorégulation et la pleine conscience. La section suivante porte sur la méthodologie utilisée pour la réalisation de l'étude pilote. Suit la présentation des résultats obtenus. Ceux-ci sont ensuite discutés et finalement, les principales conclusions seront tirées.

Contexte théorique

Ce premier segment du contexte théorique a pour objectif d'explorer les définitions de la parentalité de façon à exposer les différents défis auxquels les parents font face. L'attention est portée principalement sur les défis additionnels des parents d'enfants vivant avec une problématique psychiatrique et/ou neurodéveloppementale, en mettant l'accent sur l'influence réciproque des parents et des enfants dans le développement de difficultés comportementales chez ces derniers.

La parentalité

La parentalité est une notion transdisciplinaire qui est apparue à la fois dans le champ psychanalytique, sociologique, juridique, politico-social et psychoéducatif, rendant ainsi compte de la complexité du rôle de parent (Lamboy, 2009). Elle a d'abord été développée sous le terme anglophone « parenthood » par le psychanalyste Benedek (1959), comme un ensemble de réaménagements psychiques et affectifs associé au fait d'être parent. Puis, elle a été utilisée dans les années quatre-vingt pour qualifier une situation familiale commune englobant l'ensemble des termes sociologiques : monoparentalité, homoparentalité, pluriparentalité, etc. (Delecourt & Leturque, 2009). Dans les champs juridique et politico-social, ce terme désigne les responsabilités parentales (morales, juridiques et éducatives), les droits et les questions d'autorité (Lamboy, 2009). Finalement, dans le champ psychoéducatif, il renvoie aux attitudes ou aux pratiques parentales et est davantage associé au terme anglophone « parenting » (Martin, 2004).

Étant donné son usage répandu et sa complexité, il est difficile de le définir en des termes monosémiques. Néanmoins, l'adaptation contextuelle du modèle d'Houzel (1999) par Delecourt & Leturque (2009) permet d'analyser la parentalité au travers les divers champs. Le modèle d'Houzel comprend a priori trois axes : l'exercice de la parentalité, l'expérience et la pratique. L'axe de l'exercice inclut l'ensemble des droits et devoirs des parents. Celui de l'expérience réfère au ressenti subjectif d'être parent. Alors que l'axe de la pratique comprend les attitudes parentales et les interactions avec l'enfant. L'ajout des différents contextes par Delecourt & Leturque met en lumière l'importance d'avoir une lecture globale de la parentalité, bien que les interventions des professionnels en institutions soient plus particulièrement liées à l'axe de la pratique (voir *Figure 1.*). Pour les intervenants, il demeure toutefois important de garder en tête les différentes variables contextuelles d'influence qui rendent chaque expérience de la parentalité unique, telles que le contexte socio-économique, le contexte culturel et les valeurs/lois politico-sociales, les enjeux affectifs et relationnels propres aux parents, le réseau social et l'accès aux services institutionnels.

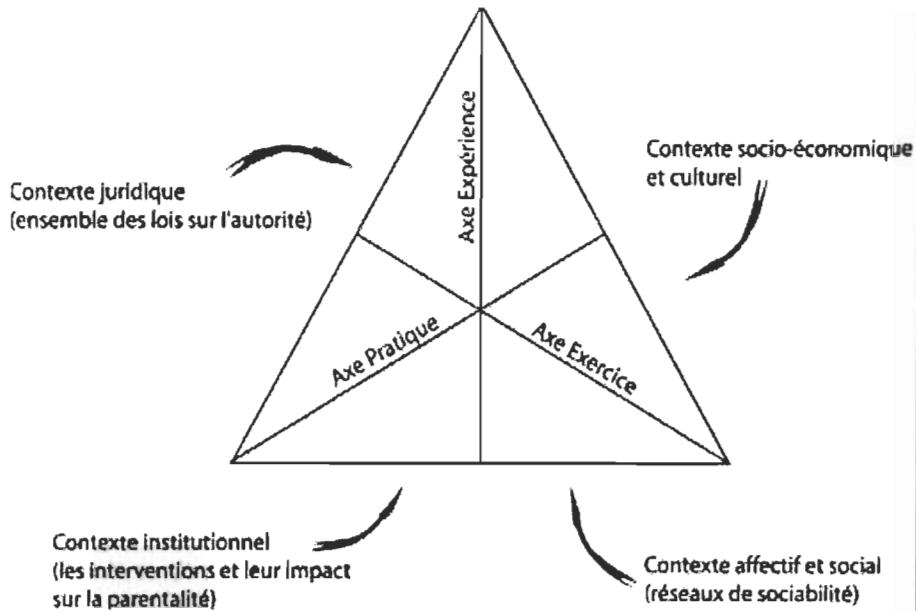


Figure 1. Modèle de la parentalité de Delecourt & Leturque (2009)

Dans ce présent essai, une attention particulière est portée aux champs de la psychologie et de la psychoéducation avec ses définitions des pratiques parentales (parenting) et des styles parentaux liés à la théorie de l'attachement, vu leur impact sur l'axe de la pratique et de l'expérience.

Les pratiques parentales et les styles parentaux

Deux perspectives sont majoritairement adoptées dans le domaine des pratiques parentales : l'approche dimensionnelle et l'approche catégorielle (Baumrind, 1966 ; Pinquart, 2017). L'approche dimensionnelle conceptualise les pratiques ou attitudes parentales à partir de deux dimensions, soit le contrôle comportemental et la sensibilité émotionnelle (Darling & Steinberg, 1993 ; Rothbaum & Weisz, 1994). La dimension de

contrôle implique à la fois les comportements proactifs et réactifs des parents, telles la guidance, la supervision, la discipline, la protection, la résolution de problèmes et la communication. La dimension émotionnelle quant à elle comprend l'ensemble des attitudes permettant à l'enfant de s'épanouir sur le plan émotif. À travers ses interactions avec l'enfant, le parent démontre de la sensibilité face à l'état émotionnel de l'enfant et à ses besoins. Il reconnaît les signaux émis par l'enfant, leur accorde une signification juste, les accepte et y répond de façon appropriée et empreinte d'affection, le tout dans un délai raisonnable (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). À partir de ces dimensions, Baumrind (1966), Maccoby et Martin (1983) catégorisent quatre styles parentaux : le style autoritaire (contrôlant et peu sensible), le style permissif (peu contrôlant et sensible), le style désengagé (peu contrôlant et peu sensible) et le style démocratique (contrôlant et sensible). En soi, cette catégorisation permet d'être à l'affût des patterns, mais ne constitue pas une cible d'intervention. L'intervenant cherche plutôt à identifier plus spécifiquement les difficultés comportementales et émotionnelles qu'éprouvent le parent et l'enfant lors de leurs interactions. En effet, l'aide d'un professionnel est parfois nécessaire, puisque l'expérience de la parentalité est gratifiante, mais n'en est pas moins un réel défi parsemé d'embûches et de facteurs de stress. Ceci est encore plus vrai pour les parents d'enfants vivant avec un trouble développemental (Plant & Sanders, 2007).

Les défis additionnels : l'enfant problématique

Bien que le développement de problèmes comportementaux ne soit pas nécessairement tributaire d'un trouble psychiatrique et/ou neurodéveloppemental, les

enfants qui en souffrent sont plus à risque (Baker et al., 2003). Ces problèmes sont habituellement catégorisés en deux types : internalisés et externalisés. Des exemples de comportements internalisés sont l'anxiété, la dépression et le retrait social, alors que la dimension externalisée inclut la surréactivité, l'impulsivité, la défiance et l'agression (Achenbach & Edelbrock, 1981). Ces comportements ont des répercussions sur l'enfant, comme des conflits avec l'autorité, du rejet par les pairs, des difficultés relationnelles et scolaires, mais également sur la dynamique familiale (Connor, Steeber, & McBurnett, 2010 ; Nijmeijer et al., 2008). Pour les parents, la gestion de ces comportements constitue un réel défi (McIntyre & Hennessy, 2012). Pendant que la plupart des parents s'adaptent aux défis quotidiens d'élever un enfant, ceux vivant avec un enfant en difficulté vivent davantage leur parentalité comme un fardeau (Sawyer et al., 2011). En effet, ils doivent jongler avec le système scolaire et de santé pour obtenir des services, ils doivent faire face aux commentaires désobligeants de leur enfant et doivent affronter l'embarras que leur cause les conflits en public avec celui-ci, le tout sans perdre espoir et sans intérieuriser l'idée qu'ils sont de mauvais parents (Modesto-Lowe et al., 2014). Plus épuisés, ils ont tendance à expérimenter des symptômes dépressifs et anxieux (Barlow, Cullen-Powell & Cheshire, 2006 ; Lach et al., 2009). Ils sont aussi plus susceptibles de rencontrer des problèmes de santé physique (Allik, Larsson, & Smedje, 2006). Cependant, les enfants ne sont pas les seuls responsables de la dynamique familiale conflictuelle. En effet, les attitudes parentales peuvent aussi prédire, maintenir ou envenimer les problèmes relationnels.

Les transactions entre les comportements de l'enfant et ceux des parents

Originalement proposé en 1975 et repris en 2003, Sameroff et Mackenzie évoquent que le développement de problèmes comportementaux chez l'enfant résulte des transactions bidirectionnelles entre l'enfant et son contexte social ou son environnement. À cet effet, l'environnement de l'enfant (p.ex. ses parents) influence la façon dont il se comporte et les changements observés chez ce dernier influencent son environnement en retour (p.ex. les comportements de ses parents). Ce modèle transactionnel est cohérent avec le modèle écologique de Bronfenbrenner (1986), voulant que le développement de l'enfant se construise à travers ses expériences, dans un contexte donné et où les différents systèmes interagissent entre eux de façon bidirectionnelle. À partir de ces modèles, plusieurs travaux ont cherché à comprendre plus exactement en quoi l'apparition de comportements problématiques chez l'enfant était fonction de ses transactions avec ses parents. Nombreux ont pu démontrer l'influence de la qualité des interactions parent-enfant sur le développement cognitif, émotionnel et social des enfants (Brooks, 2005 ; Landry, Smith, & Swank, 2003 ; Maccoby & Martin, 1983). Les pratiques et attitudes parentales « négatives »² seraient d'importants facteurs de risques à considérer dans l'évolution des comportements problématiques chez l'enfant. Au contraire, son développement social, psychologique et cognitif serait « protégé » par les attitudes parentales dites « positives »³ (Stewart-Brown, 2008). Se penchant sur les causes de l'adoption de telles pratiques parentales plutôt que sur leurs conséquences, certaines

² (p.ex. le rejet de l'enfant, une faible implication, l'inconsistance dans les pratiques, les pratiques punitives et la maltraitance) (Crandall et al., 2015)

³ (p.ex. le soutien parental, l'implication et la sensibilité) (Crandall et al., 2015)

études ont ciblé le stress parental comme déterminant ; lui-même fonction des demandes en termes de gestion des comportements de l'enfant et des ressources du parent (contrôle perçu et sentiment de compétence) (Deater-Deckard, 1988 ; Neece et al., 2012). Le stress parental est en effet associé à l'adoption de pratiques parentales punitives (Webster-Stratton, 1990), réactives (Chi & Hinshaw, 2002) et contrôlantes (Putnick et al., 2008), ainsi qu'à l'apparition de tension familiale (Jonhston & Mash, 2001). Outre le stress parental, une autre approche en littérature s'est intéressée aux habiletés réflexives des parents, aussi appelées « mentalisation », comme un facteur contribuant aux attitudes parentales positives et négatives (Camoirano, 2017). La mentalisation est cette capacité à interpréter et percevoir l'intention de ses comportements à partir du regard porté sur ses états mentaux (sentiments, désirs, besoins, motivations, etc.) et à réfléchir à ce même processus chez autrui en concevant qu'ils possèdent eux aussi leur propre monde interne. Appliqué à la parentalité, la mentalisation est ainsi conçue comme la capacité du parent à comprendre les comportements de son enfant au regard de son vécu subjectif et à réfléchir sur sa propre expérience dans la relation (Slade, 2005). En situation de stress toutefois, l'accès à la mentalisation peut être compromise. À cet effet, l'étude de Smeets, Dziobek et Wolf (2009) démontrait que sous l'effet du cortisol (hormone du stress) les femmes faisaient davantage d'erreurs relatives aux cognitions sociales (capacité liée à la mentalisation) que lorsqu'elles étaient calmes. Ainsi, la capacité de mentalisation n'est pas une aptitude statique. Elle est amenée à changer, et ce, principalement dans des contextes de stress typiquement associé à des relations d'attachement spécifiques (Bateman & Luyten, 2012). L'enfant qui ressent une tension dans la relation est

susceptible de répondre à celle-ci de façon peu régulée et immature, soit en accentuant ses comportements internalisés ou externalisés. Cette façon de répondre au stress relationnel peut être apprise par le biais de modelage (Deslandes, 1999), mais peut aussi être transmis intergénérationnellement via les capacités autorégulatoires des parents.

Ce deuxième segment vise à documenter le lien existant entre les capacités d'autorégulation du parent et le développement de celles-ci chez l'enfant. L'attention est portée à l'autorégulation parentale, vu son impact sur la transmission intergénérationnelle de la parentalité dite « négative ». Elle sera également présentée comme un objectif thérapeutique à considérer dans les programmes d'aide à la parentalité et même comme une avenue prometteuse face aux limites des programmes éducatifs offerts aux parents d'enfants présentant des difficultés comportementales. Pour ce faire, il sera avant tout nécessaire d'explorer les différentes composantes de l'autorégulation.

L'autorégulation

L'autorégulation peut prendre différentes terminologies comme le contrôle de soi, la gestion de soi et la maîtrise de soi. En psychologie, elle relève de plusieurs champs, dont la psychologie développementale, la psychologie des apprentissages, la psychologie cognitive et la neuropsychologie. Une modélisation intégrée a été effectuée par Nader-Grosbois (2007). L'auteure propose un modèle multidimensionnel rendant compte de l'influence d'un agent externe (p.ex. un parent) sur les capacités d'autorégulation d'un individu (p.ex. un enfant), ce qu'elle nomme « l'hétérorégulation ». Elle aborde plus

spécifiquement trois dimensions : 1) l'autorégulation comportementale, 2) l'autorégulation personnelle et 3) l'autorégulation environnementale (voir *Figure 2*). La première dimension, l'autorégulation comportementale, comprend les stratégies de régulation cognitives nécessaires à la détermination d'objectifs, à la génération de solutions, à la planification d'un plan d'action et à l'évaluation. En assurant une hétérorégulation, un parent peut aider l'enfant à préciser ou se rappeler d'un objectif (p.ex. lui rappeler les règles de conduite, préciser ses attentes parentales, etc.) ou à explorer d'autres moyens avec lui pour résoudre un problème. L'autorégulation personnelle réfère quant à elle aux variables motivationnelles, émotionnelles et attentionnelles. Le parent peut entre autres soutenir l'enfant en le renforçant ou en l'aidant à développer un registre de renforçateurs intrinsèques. Il peut aussi avoir une influence dans le développement des stratégies de gestion émotionnelle de l'enfant. Finalement, la dimension environnementale réfère aux habiletés sociocommunicatives et à la façon dont l'individu parvient à gérer les différents paramètres nécessaires à une communication efficace, comme l'attention conjointe.

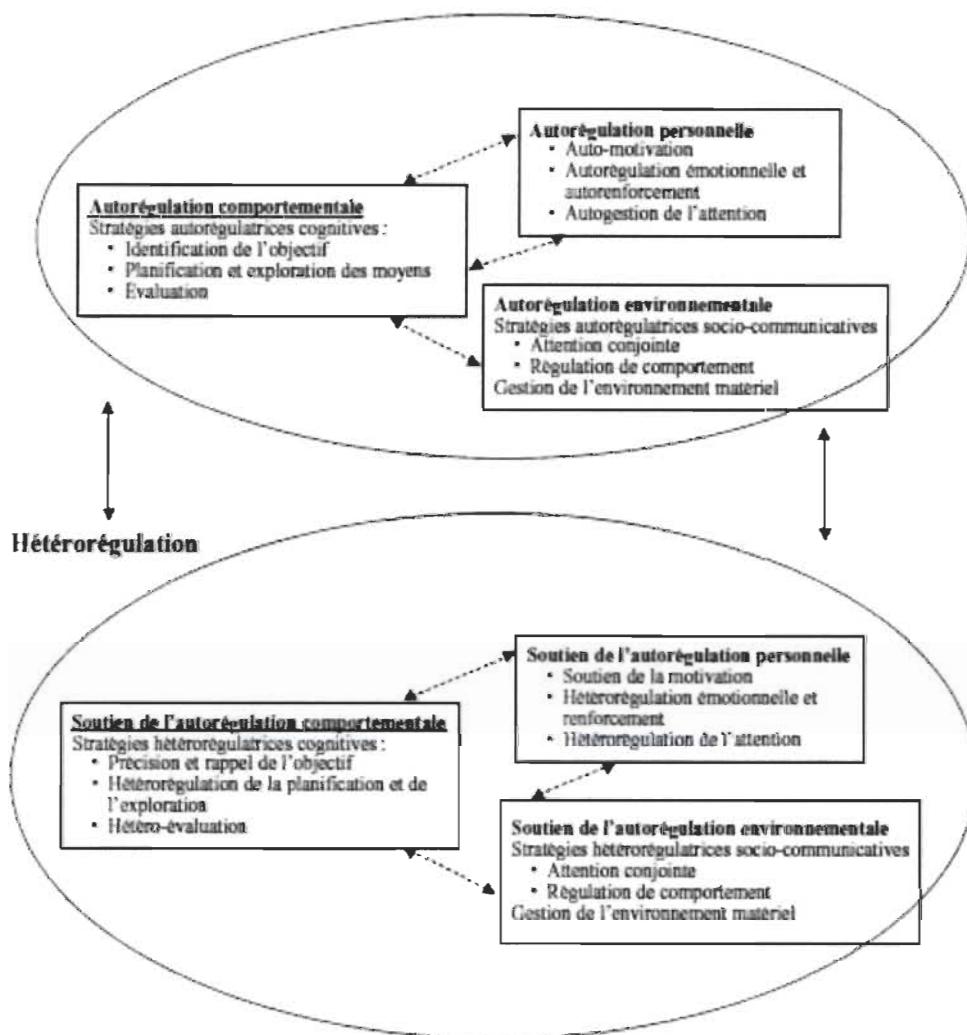


Figure 2. Modèle intégré d'autorégulation et d'hétérorégulation de Nader-Grosbois (2007).

Bien que ce modèle fasse état de la compréhension des multiples champs de la psychologie énumérés ci-haut, le présent essai s'est davantage penché sur la compréhension neuropsychologique et sur le lien avec la parentalité. À cet effet, de nouvelles avenues de recherche ont mis en évidence le rôle critique de la régulation émotionnelle et du contrôle cognitif (exécutif) sur le développement des pratiques

parentales et sur le maintien de la motivation au parentage (Deater-Deckard, Wang, Chen, & Bell, 2012 ; Sonuga-Barke, Daley & Thompson, 2002).

Une façon d'aborder plus spécifiquement les composantes cognitives et émotionnelles de l'autorégulation est de se référer aux modèles explicatifs des processus duals, modèles d'influence en neuropsychologie (Nigg, 2017 ; Posner & Snyder, 2004 ; Norman & Shallice; 1986 ; Shiffrin & Schneider, 1977).

Les modèles explicatifs des processus duals

Selon ces modèles, l'autorégulation est une combinaison de boucles neurocognitives réciproques et successives impliquant un pôle délibéré (processus « top-down », régulation) et un pôle automatique (processus « bottom-up », réactivité). Plus spécifiquement, la régulation « top-down » permet de répondre à une représentation mentale interne (comme un but ou une règle) de façon consciente et volontaire, alors que la réactivité « bottom-up » répond à des stimuli (sensations) externes de façon automatique (Bridgett et al., 2015 ; Nigg, 2017). Le premier processus fait intervenir principalement la portion inférieure du cortex frontal droit (Hart, Radua, Nakao, Mataix-Cols, & Rubia, 2013; Simmonds, Pekar, & Mostofsky, 2008), la portion dorsolatérale du cortex préfrontal, le cortex cingulaire antérieur et la portion ventrale du cortex préfrontal (Borst et al., 2014; Criaud & Boulinguez, 2013; Hart et al., 2013). Le deuxième processus quant à lui implique des circuits inverses partant des régions sous-corticales aux zones corticales (Nigg, 2017). Les structures en question sont entre autres l'amygdale et l'hippocampe

(Beaton et al., 2008 ; Kennis, Rademaker, & Geuze, 2013 ; Oler et al., 2010). Ce processus ne fait pas partie en soi des stratégies d'autorégulation consciente, puisqu'il concerne d'une certaine façon le pôle opposé de celle-ci. Il fonctionne à l'aide d'automatismes innés ou sur-appris de façon à traiter rapidement l'information et à y répondre dans un bref délai (Norman & Shallice, 1986). Bien qu'utile lors de situations environnementales dangereuses, il peut gêner la réponse à des situations nécessitant un certain contrôle, comme la résolution de conflits (Shiffrin & Schneider, 1977). C'est pourquoi les individus étant à cette extrémité du continuum sont réactifs sur le plan comportemental et émotionnel. Le contrôle excessif de l'activité amygdalienne et hippocampique sur l'activité corticale tend à leur faire adopter des comportements de fuite en vue de faire diminuer l'anxiété par exemple (Beaton et al., 2008 ; Clauss & Blackford, 2012). Ces personnes peuvent également adopter des comportements impulsifs et désinhibés en raison d'un contrôle insuffisant des zones corticales frontales sur les régions sous-corticales tels les noyaux caudés et accumbens, le putamen, l'aire tegmentale ventrale et la substance noire (Bridgett et al., 2015). Puisqu'il est question de régulation et non de réactivité dans le cadre de cet essai, il est intéressant de s'attarder plus spécifiquement aux composantes du processus « top-down » pouvant être mesurées.

Le pôle de la régulation : le processus « top-down ». Le traitement contrôlé de l'information est synonyme d'un traitement flexible permettant de s'adapter aux fluctuations de l'environnement et aux situations complexes et nouvelles (Norman & Shallice, 1986). Plus exigeant en termes d'efforts et de temps, il est aussi plus difficile à

mettre en œuvre et est plus susceptible de faire l'objet de conflits cognitifs (Shiffrin & Schneider, 1977). En effet, tel que mentionné plus haut, le traitement automatique peut causer de l'interférence et empêcher un individu d'agir en fonction des objectifs/buts/valeurs qu'il s'était fixés. Lors de situations complexes, où trop de tâches sont demandées en même temps, il se peut qu'il ait aussi de la difficulté à effectuer un traitement parallèle et contrôlé (Shiffrin & Schneider, 1977). C'est ce qui se produit par exemple lors d'une situation stressante où un parent doit gérer la crise de colère de son enfant en même temps que régler une affaire au téléphone. Pour bien fonctionner, une personne doit être dotée de capacités d'autorégulation cognitive ou de contrôle exécutif (Berger, 2011), ce que Shallice et Burgess (1996) nomment aussi un système attentionnel superviseur (SAS). Ce système permet d'inhiber les automatismes, de trouver des solutions alternatives plus adaptées et de moduler le plan d'action au fil du temps (Norman & Shallice, 1986).

Lorsqu'il est question d'évaluer ces capacités d'autorégulation cognitive ou de contrôle exécutif chez une personne, il est possible d'utiliser des mesures neuropsychologiques. En littérature, le contrôle exécutif est utilisé comme un synonyme du processus « top-down » et est fortement lié au contrôle cognitif⁴ et aux fonctions exécutives. Les principales fonctions en jeu sont l'inhibition, la mémoire de travail et la flexibilité (Fruster, 1997 ; Miyake et al., 2000).

⁴ Habiléty à ajuster ses comportements de façon flexible en fonction du contexte, des buts et de la tâche. Elle fait intervenir les fonctions exécutives primaires : la mémoire de travail et l'inhibition (Nigg, 2017).

L'inhibition. Elle est la capacité à supprimer une pensée ou une réponse automatique qui n'est pas en accord avec le but souhaité (Rothbart & Posner, 1985). Elle est souvent comparée à un filtre ou un frein. Elle est, tout comme la mémoire de travail, une fonction exécutive primaire et permet de créer un délai afin que les fonctions exécutives complexes secondaires (p.ex. planification, résolution de problème) puissent œuvrer avant la réponse (Barkley, 1997).

La mémoire de travail. Elle se résume fondamentalement à l'aptitude à maintenir actives plusieurs informations en mémoire à court terme et à effectuer des manipulations mentales. L'inhibition du matériel pouvant entrer en compétition est requise pour maximiser son efficacité (Baddeley, 2012).

La flexibilité. Elle représente la capacité à voir l'ensemble des perspectives et à basculer d'une idée à l'autre de façon à s'adapter au contexte entourant l'objectif souhaité et à son évolution. Encore une fois, l'inhibition d'une réponse concurrente (p.ex. but passé, pensée habituelle) est nécessaire (Kang, Gruber, & Gray, 2013).

Par ailleurs, il est possible d'avoir accès aux capacités d'autorégulation émotionnelle d'une personne par le biais des stratégies « *top-down* » qu'elle utilise. Celles-ci sont de deux types : les stratégies de régulation centrées sur les antécédents émotionnels et les stratégies centrées sur les réponses émotionnelles (Gross, 1999). Les premières sont préventives dans le sens où l'impact émotionnel d'une situation est désactivé

consciemment avant même que la tendance à répondre ne soit enclenchée. La modification du contenu émotionnel, la réorientation de l'attention, la réinterprétation et la sélection des situations émotionnelles en sont des exemples. La plus commune, la réévaluation cognitive, permet d'atténuer ou d'accroître le caractère émotionnel d'une situation grâce à la cognition (Gross & John, 2003). Elle favorise ainsi la réduction des émotions négatives et l'augmentation des émotions positives et du bien-être psychologique associé à une situation (Christophe, Antoine, Leroy, & Delelis, 2009). Le deuxième type de stratégies, plus tardif, intervient lorsque la personne a déjà donné une signification émotionnelle à la situation. Les stratégies de ce type visent à inhiber l'expression comportementale ou physiologique de l'émotion ressentie. L'évitement des pensées associées à l'émotion, la rumination et la suppression expressives en sont des exemples (Gross & John, 2003). Cette dernière stratégie est la plus utilisée et a pour effet de diminuer l'expression comportementale des émotions négatives, mais aussi d'atténuer l'expression d'émotions positives (Gross & John, 2003). Elle engendrerait du ressentiment, causant l'émergence de troubles émotionnels, en plus de diminuer le bien-être psychologique (Christophe et al., 2009). Elle est à distinguer de la fuite «bottom-up», vu son aspect conscient et non automatique. À ce sujet, il est possible de faire le parallèle entre les stratégies centrées sur les réponses émotionnelles et le réseau du mode par défaut (*default mode network*, DMN), qui selon la théorie est ce mode cognitif automatique, mais conscient, lié au vagabondage de l'esprit et à l'introspection (Buckner, Andrews-Hanna, & Schacter, 2008). S'activant lorsque le cerveau est au « repos », soit lorsqu'il n'est pas concentré sur une tâche, il peut être associé à la rumination et à la présence d'affects

dépressifs et d'inactivation comportementale (Gaffrey, Luby, Botteron, Repovš, & Barch, 2012). Son effet n'en n'est toutefois pas que négatif, puisqu'il a aussi été mis en relation avec la capacité à trouver des solutions créatives à un problème et élaborer une ligne de vie (Mooneyham & Schooler, 2013).

Pour résumer, la façon dont un individu se comporte et entre en relation de façon saine et contrôlée est fonction à la fois de ses capacités de contrôle cognitif et des stratégies émotionnelles qu'il a apprises.

Le lien entre l'autorégulation, les relations interpersonnelles et la parentalité

L'utilisation de stratégies émotionnelles centrées sur les antécédents ou centrées sur la réponse n'a pas le même impact sur le plan interpersonnel. De plus, les capacités de contrôle exécutif influencent les réponses socioaffectives d'un individu (Berger, Kofman, Livneh, & Henik, 2007).

L'utilisation préférentielle de la réévaluation cognitive permet de diminuer les symptômes dépressifs, d'augmenter les niveaux d'estime, d'optimisme et d'acceptation, favorisant ainsi le bien-être psychologique et le fonctionnement interpersonnel (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001 ; Gross & John, 2003 ; John & Gross, 2004). En revanche, la stratégie de suppression émotionnelle associée au mode par défaut a un impact négatif sur le plan du contrôle émotionnel, du fonctionnement interpersonnel, de la mémoire et du bien-être (Gross & John, 2003 ; Richards & Gross, 2000). Également, il

semblerait que cette stratégie pourrait conduire à des sentiments négatifs par rapport à soi-même et autrui, rendant ainsi difficile l'établissement de relations saines, satisfaisantes et soutenantes (Butler et al., 2003 ; Impett et al., 2012). Chez le parent, cette stratégie peut compromettre la sensibilité parentale et donc affecter les capacités du parent à répondre aux besoins de l'enfant (Le & Impett, 2016). Plus généralement, les parents éprouvant des difficultés de régulation émotionnelle tendent à ne pas soutenir l'expression des émotions de leur enfant (Morelen, Shaffer, & Suveg, 2014). Également, ceux ayant de la difficulté à générer des stratégies de régulation émotionnelle efficaces sont plus sujets à adopter des comportements non collaboratifs et négatifs (Shaffer & Obradovic, 2017).

Par ailleurs, Deater-Deckard, Sewell, Petrill et Thompson (2010) ont trouvé une relation négative entre les capacités exécutives des parents et l'adoption de comportements réactifs face aux difficultés comportementales de l'enfant. Inversement, la mémoire de travail, la flexibilité, l'inhibition et la planification sont liées positivement à la sensibilité parentale (Gonzalez, 2015). Ces fonctions sont requises chez le parent pour comprendre et prédire adéquatement l'état mental de l'enfant et d'y répondre. En d'autres mots, elles déterminent les capacités d'empathie d'un parent (Swain, Lorberbaum, Kose, & Strahearn, 2007) et ses capacités de mentalisation (Ufer, Achim, Terradas & Ensink, 2014). Non seulement les capacités d'autorégulation du parent ont un impact sur la parentalité, mais sont également en lien avec celles de l'enfant.

La transmission intergénérationnelle des capacités d'autorégulation

La façon dont un enfant régule ses émotions et ses comportements n'est pas qu'une question d'apprentissage social. Une revue de la littérature théorique et empirique réalisée par Bridgett et ses collègues (2015) fait ressortir un bon nombre d'études mettant en évidence la transmission intergénérationnelle de l'autorégulation au travers différentes voies : la voie génétique, la voie prénatale, la voie de socialisation, la voie socio-neuronale et la voie socio-hormonale de l'axe du stress (voir *Figure 3*).

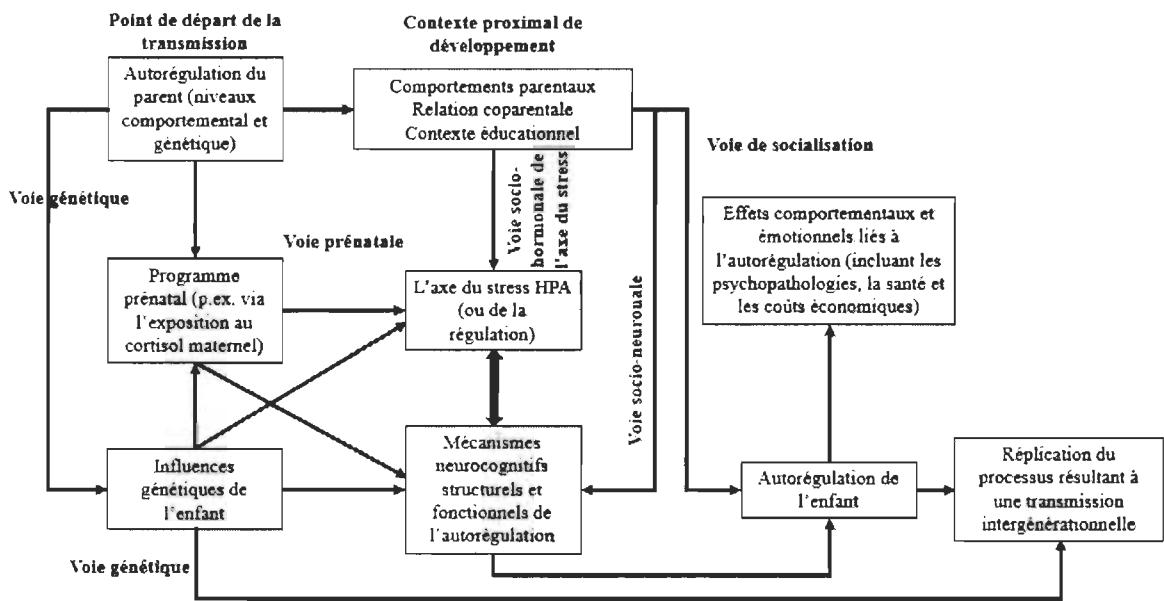


Figure 3. Modèle de la transmission intergénérationnelle de l'autorégulation (Bridgett et al., 2015 ; traduction libre)

Ces voies ont toutes comme point de départ les capacités d'autorégulation du parent et comme finalité celles de l'enfant. En effet, les premières influencent comment les parents se comportent envers l'enfant et leurs interactions entre parents. Ceci a un effet direct sur les capacités propres à l'enfant par la voie de la socialisation ou de

l'apprentissage social. Les comportements parentaux et le contexte influencent aussi directement les mécanismes neurocognitifs fonctionnels et structurels de l'autorégulation de l'enfant, ce que les chercheurs nomment la voie socio-neuronale. Ces mécanismes neurocognitifs, déterminés par la génétique de l'enfant et les facteurs prénataux, sont aussi associés bidirectionnellement à l'axe du stress (HPA) de l'enfant. Cet axe est quant à lui influencé par l'exposition prénatale au cortisol et par les comportements parentaux. En somme, le modèle met en évidence l'importante influence de faibles niveaux d'autorégulation parentale dans le développement de problèmes comportementaux et émotionnels chez l'enfant. L'autorégulation parentale semble non seulement une piste d'intervention pour les familles afin de minimiser ces problématiques chez l'enfant, mais également pour interrompre la transmission potentielle d'un mode de régulation de soi inadéquat à la génération suivante.

Il existe plusieurs programmes de soutien aux parents d'enfants éprouvants des difficultés comportementales. Toutefois, peu s'intéressent au développement de capacités d'autorégulation chez le parent, constituant leurs principales limites.

Limites des programmes disponibles d'aide à la parentalité

La parentalité et les pratiques parentales sont envisagées de plus en plus comme modérateurs de santé pour l'enfant (son développement social, physique, psychologique/émotionnel et cognitif) (Gardner, Ward, Burton, & Wilson, 2003). Depuis la 2^e moitié du XXe siècle, plusieurs travaux ont tenté de démontrer l'efficacité des

programmes d'appui à la parentalité à l'aide de devis expérimentaux contrôlés et randomisés. Ces programmes reposent pour la plupart sur les théories de l'attachement, de l'apprentissage social et cognitivo-comportementales (pour une revue de la littérature, voir Delawarde, Briffault, Usubelli, & Sañas, 2014). Selon cette revue, deux grands modèles d'intervention sont identifiés : l'éducation parentale et le soutien à la parentalité. Les programmes d'éducation parentale s'appuient principalement des modèles de l'apprentissage et de la théorie du conditionnement, alors que les programmes de soutien visent principalement à ce que le parent puisse acquérir une maîtrise de sa santé et mentaliser ses expériences vu l'impact sur l'enfant. Dans un contexte de troubles comportementaux, les programmes prometteurs sont principalement de type comportemental (Stiefel & Renner, 2004). Cependant, à la suite de leur participation à ce type d'approche thérapeutique, certains parents et intervenants soulèvent un manque de consistance et de durabilité dans l'application des stratégies enseignées lorsqu'ils font face à beaucoup de stress (Stiefel & Renner, 2004). D'après Galinsky (2010), l'acquisition de nouvelles techniques comportementales ne permet pas d'assurer à elle seule l'amélioration des compétences parentales et la relation parent-enfant. En se référant aux théories de l'apprentissage et à la neuropsychologie, il explique que la cristallisation des apprentissages comportementaux est souhaitée lorsque ceux-ci sont adéquats, mais nécessite une certaine flexibilité, dans le sens où un comportement doit être adapté selon le contexte. À cet effet, il fait le pont avec le modèle hiérarchique de l'intelligence de Cattell (1967), où l'intelligence cristallisée, à savoir les connaissances, dépend de l'intelligence fluide, soit les capacités d'adaptation et de flexibilité face à la nouveauté ou

à la résolution de problèmes. Selon la théorie de Cattell (1967), l'intelligence fluide apparaît comme un prérequis à l'intelligence cristallisée, puisqu'elle est la première à se développer en fonction de l'environnement, mais est aussi en grande partie héréditaire. Ensemble, la théorie de Cattell et l'explication de Galinsky permettent de mieux comprendre pourquoi les parents stressés ne parviennent pas toujours à utiliser les stratégies enseignées. L'exposition au stress peut altérer les processus cognitifs de l'autorégulation (le contrôle exécutif et le réseau du mode par défaut), bien que cette question soit aussi d'ordre génétique (van der Meer et al., 2016) et limiter l'accès à la mentalisation (Bateman & Luyten, 2012 ; Smeets, Dziobek & Wolf, 2009). Ainsi, il paraît pertinent d'intervenir sur les capacités d'autorégulation des parents, de façon à ce qu'ils puissent utiliser les stratégies apprises peu importe leur niveau de stress. Une nouvelle approche s'offre désormais à eux. La PCP, telle que discutée dans la prochaine section, est dérivée des pratiques de PC. Ces dernières sont décrites par les neurosciences comme un mode cognitif de l'autorégulation s'apparentant au contrôle exécutif et empêchant l'activation du mode par défaut (Hölzel et al., 2011), qui rappelons-le, peut être sous-optimal lorsqu'il est question de résoudre un problème.

Le dernier segment du contexte théorique a pour but d'introduire le principe de PC et ses effets. Pour ce faire, une légère mise en contexte, soit au travers de la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales (TCC) est nécessaire. Suit la présentation des différents apports de cette vague pour la psychothérapie moderne. Enfin, la PC est mise en relation avec la parentalité et l'autorégulation.

La pleine conscience au plan personnel et parental

La pleine conscience (PC) est un principe vieux de plusieurs millénaires (Kang & Whittingham, 2010). Il prend racine dans les plus vieilles traditions bouddhistes (Heeren & Philippot, 2010), mais ne s'est lié que depuis quelques décennies au milieu des sciences humaines (Csillik & Tafticht, 2012). C'est en le dégageant du socle spirituel auquel il était attaché qu'il fut adapté à la culture occidentale pour des fins thérapeutiques et de développement personnel (Fall, 2016). Aujourd'hui considéré comme un principe fondateur de la troisième vague⁵ des thérapies cognitives et comportementales (TCC) (Dionne & Blais, 2011), il ne cesse de faire évoluer l'approche. Alors que la TCC traditionnelle vise la modification des pensées irrationnelles et des comportements, la troisième génération se démarque par ses principes, ses méthodes et ses objectifs plusexistentiels. Ainsi, bien qu'elle tienne compte des comportements et des cognitions, comme les vagues qui la précèdent, cette version modifiée du behaviorisme radical de Skinner ne cherche plus à travailler sur la forme du comportement ou du symptôme, mais plutôt à intervenir sur la relation aux symptômes, et plus précisément à en modifier leur fonction (Hayes, 2004). En présence de sensations ou pensées dysfonctionnelles, la troisième vague invite à prendre du recul face à celles-ci et à adopter une attitude d'acceptation, le tout, de façon à se comporter en accord avec ses valeurs. En considérant les pensées seulement comme des événements mentaux et non des faits à catégoriser comme bon ou mauvais, l'objectif n'est plus de tenter de les modifier (Herbert & Forman,

⁵ Dionne et Blais (2011) définissent une vague comme « [...] un regroupement de thérapies qui partagent un ensemble de caractéristiques communes en ce qui a trait à leur philosophie, à leur théorie ainsi qu'à leurs objectifs et méthodes. »

2011). D'autant plus que la troisième vague considère les cognitions, sensations et émotions négatives comme étant non nuisibles en soi (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Leur caractère destructeur résulterait plutôt du langage humain lui-même, puisqu'il conférerait à l'être humain la capacité de se nuire en ruminant, en revisitant les événements du passé, en se créant des scénarios catastrophiques, en se dévalorisant, en se jugeant, en se critiquant, en s'imposant des règles, etc. (Harris, 2012). Également, une raison supplémentaire motive la préférence qu'a ce courant pour la centration sur l'expérience personnelle par rapport à la catégorisation. Celle-ci réside dans le fait que le comportement est vu comme constamment en mouvement à l'intérieur d'un contexte qui est lui-même changeant. La cause du comportement n'étant pas objective, il s'avère impossible de le juger efficace ou non pour l'ensemble des individus. De plus, il peut être efficace pour une personne dans un contexte donné, mais inefficace dans un autre, d'où l'utilisation du terme « contextualisme fonctionnel » en approche de troisième vague (Dionne & Neveu, 2010). L'intérêt fondamental est existentiel dans le sens où l'approche a pour but de rendre la vie plus riche, remplie et pleine de sens, et ce, malgré la douleur ou l'inconfort qui l'accompagne (Harris, 2012). Plus spécifiquement, les thérapies de troisième génération visent la flexibilité, l'efficacité et l'accroissement du répertoire comportemental plutôt que l'élimination des symptômes (Ngô, 2013). En troisième vague, la flexibilité se veut comme la capacité d'entrer en contact avec le moment présent et d'en être pleinement conscient, afin de maintenir ou modifier un comportement en accord avec ses valeurs (Sears, Tirch, & Denton, 2011).

Les définitions de la pleine conscience

Un des précurseurs de la PC, Jon Kabat-Zinn, la définit en 1990 comme « un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement au moment présent, sans juger, sur l’expérience qui se déploie moment après moment ». Ici, la notion de jugement s’explique par le fait que la pleine conscience nécessite un mode « être », favorisant l’acceptation des émotions, pensées et sensations présentes, et empêchant l’évaluation de la situation. La pleine conscience ne peut donc pas être associée à l’insatisfaction et à l’autocritique, d’où l’attitude de bienveillance et de compassion envers soi qu’elle permet d’adopter (Mirabel-Sarron et al., 2012). D’autres chercheurs ont proposé une modélisation de la PC à partir de plusieurs composantes. Bishop et ses collaborateurs (2004) décrivent un modèle à deux composantes : 1) l’autorégulation de l’attention et 2) l’orientation vers l’expérience. La première renvoie à une capacité métacognitive qui repose sur la participation de trois processus cognitifs, soit l’attention soutenue, la flexibilité et l’inhibition cognitive. La deuxième réfère à l’ouverture et la réceptivité à l’expérience. Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney (2006) ont quant à eux identifié cinq facettes à la PC. La première, l’observation de l’expérience présente, réfère à l’attention aux expériences internes et externes. La deuxième, la description, renvoie à l’habileté à décrire en mot l’expérience interne. La troisième, le non-jugement, se veut comme un accueil des pensées et émotions sans porter de jugement. La quatrième, l’action en PC, évoque de porter attention au moment présent dans l’action. Finalement, la non-réactivité aux phénomènes psychologiques se veut comme la capacité à prendre conscience de ses émotions et pensées sans être consumé par elles. Berghmans, Tarquinio

et Strub (2010) ont traduit une définition très complète de Shapiro, Carlson, Astin et Freedman (2006) portant sur l'objet même de la PC :

Le terme de méditation se réfère à une famille de pratique de l'autorégulation qui se focalise sur l'attention et la conscience afin d'amener les processus mentaux sous un contrôle volontaire plus grand et de ce fait entraîner un bien-être mental et physique qui a pour objectifs de développer des états émotionnels spécifiques comme la joie, le calme. Elle se réfère donc à une famille de techniques qui ont en commun une tentative consciente de focalisations de l'attention de manière non analytique, et une tentative de ne pas demeurer sur des pensées discursives et ruminatives. (p.50)

La dernière portion de cette définition révèle que cette capacité peut être stimulée et cultivée par d'autres pratiques que la méditation, tels certains programmes de psychothérapie (Csillik & Tafticht, 2012). D'autres auteurs ont préconisé une définition plus opérationnelle en s'intéressant à la nature et aux différentes formes de la PC (Csillik & Tafticht, 2012). Ainsi, Brown et Ryan (2003) voient la PC comme une capacité d'autorégulation innée et présente chez tous les individus à différents degrés. Ils distinguent deux formes de PC ou mindfulness : le mindfulness-trait et le mindfulness-état. Le mindfulness-trait réfère à la propension ou la disposition stable à porter son attention et sa conscience sur le moment présent. Le mindfulness-état se veut comme la fluctuation de ce niveau de capacité moyen pouvant s'améliorer grâce à la pratique. Carlson et Brown (2005) ont pu démontrer le caractère dispositionnel de la PC grâce aux différences observées entre les pratiquants expérimentés et inexpérimentés de PC. En ce sens, les individus expérimentés rapportaient des niveaux plus élevés d'autorégulation et de bien-être psychologique. Toutefois, pour le champ de la recherche clinique, l'intérêt est davantage porté à la pratique de la PC chez des populations susceptibles d'être peu

disposées à être en PC. Les études portant sur la participation à des groupes de méditation de PC de différents types en sont des exemples.

Les programmes de groupe de méditation de pleine conscience

Les programmes de groupes sont de plus en plus offerts en Amérique du Nord et en Europe (Kabat-Zinn, 2003) en plus d'être les plus étudiés en psychologie au cours des vingt dernières années (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004). Une des inspirations les plus couramment citées est le programme de huit semaines de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR ; Mindfulness-based stress reduction) mis au point par Jon Kabat-Zinn en 1990 à la faculté de médecine de l'université du Massachusetts. Au fil des semaines, les participants du groupe sont amenés à prendre conscience de leur « pilote automatique », à affronter la tendance à juger leurs expériences comme bonnes ou mauvaises, à pratiquer l'attention consciente dans le mouvement, à voir l'effet de la concentration du moment présent sur leurs émotions ou pensées, à choisir d'accepter les choses telles qu'elles sont, à se rendre compte que les pensées ne sont pas des faits, à orienter leurs activités de façon plus profitable et finalement à réfléchir sur le processus qu'ils ont entamé (Alidina, Filipe, & Couzon, 2013). Pour ce faire, différentes techniques sont utilisées en thérapie (p. ex., manger en pleine conscience, le balayage corporel, la respiration consciente, le maintien de postures simples de Hatha yoga et la méditation assise) et peuvent être appliquées à la maison (Baer, 2003 ; Bondolfi, Jermann, & Zermatten, 2011). Utilisé à prime à bord auprès de patients souffrant de différentes conditions physiques et où une gestion du stress est nécessaire (Berghmans et al., 2010),

ce programme a servi de prélude à la recherche dans le domaine de la psychologie. En effet, en s'inspirant du programme MBSR, Segal, Williams et Teasdale (2002) ont développé la thérapie cognitive basée sur la PC (MBCT ; Mindfulness-based cognitive therapy), un autre programme pouvant s'offrir en session de groupe, particulièrement chez une population adulte dépressive. La spécificité de ce programme par rapport au précédent réside dans le fait qu'il ajoute des éléments des thérapies cognitives (Berghmans et al., 2010) sans toutefois catégoriser les événements mentaux comme irrationnels. Les pensées sont plutôt traitées en termes d'émotions et de réactions corporelles devant être conscientisées et mises en relation pour dégager le caractère cyclique de la rumination associée à la dépression (William et al., 2009). Au fil des années, l'usage de ces programmes auprès de populations cliniques a montré tout l'intérêt de continuer d'offrir ce type de services, ceux-ci étant toutefois équivalents aux interventions de type TCC classique (1^{ère} et 2^e vague) en termes d'efficacité chez une population psychiatrisée (Goldberg et al., 2018).

Les apports de la troisième vague en psychothérapie

À ce jour, plusieurs problèmes psychologiques, physiques et relationnels ont été corrélés négativement à ce type d'approche (Brown & Ryan, 2003). En effet, les applications de la troisième vague sont nombreuses. Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh (2010) et Goldberg et al. (2018) concluent dans leurs méta-analyses à un impact modéré et voir plus des programmes basés sur la pleine conscience. Ils sont prometteurs pour une multitude de problématiques physiques ou psychologiques tels le cancer, l'anxiété

généralisée, la fatigue, la douleur chronique, la dépression, le trouble panique, la fibromyalgie, l'anxiété sociale, le trouble déficitaire de l'attention, les troubles alimentaires, les troubles bipolaires ainsi que de nombreux problèmes physiques. À ces applications s'ajoutent également celles du trouble obsessionnel compulsif (Hale, Strauss, & Lever-Taylor, 2013), de l'état de stress post-traumatique (King et al., 2013), des troubles psychotiques (Langer, Cangas, Salcedo, & Fuentes, 2012) et même de la déficience intellectuelle (Chapman et al., 2013). Il importe de noter toutefois que la pratique de la PC est déconseillée aux personnes dont les ressources attentionnelles et exécutives sont très déficitaires, aux personnes souffrant de phobies intéroceptives aux sensations ou même à celles ayant tendance à la dissociation (Heeren, 2011). Néanmoins, dans la mesure où un client a les ressources attentionnelles minimales pour participer à des interventions de PC, son impact peut être bénéfique en favorisant la disponibilité attentionnelle et en permettant une diminution de la distractibilité (Lutz, 2012).

En outre, la PC est aussi efficace pour améliorer la condition de populations non cliniques. Elle s'étend aux domaines physiologique, psychologique, relationnel, cognitif et neurobiologique. Dans ce présent essai, une attention particulière sera portée aux derniers domaines vu les récentes avancées neuroscientifiques faisant état du lien entre la PC et l'autorégulation. Également, le domaine relationnel sera discuté plus en profondeur de façon à faire ressortir l'impact de la PC sur la parentalité.

Effets physiologiques. Sur le plan physiologique, plusieurs études ont été réalisées chez des populations cliniques, tels les patients atteints de cancers (Carlson, Speca, Faris, & Patel, 2007 ; Witek-Janusek et al., 2008) et du sida (Bormann, Aschbacher, Wethrell, Scott, & Redwine, 2009) et ont révélé une amélioration de la réponse immunitaire et de la régulation de la cortilosémie (axe du stress) à la suite de leur participation à des interventions de PC. Une méta-analyse récente ayant inclus tous types de populations (cliniques et non-cliniques) a aussi identifié la pratique de la PC comme un facteur médiateur des marqueurs physiologiques du stress (Pascoe et al., 2017).

Effets psychologiques. Sur le plan psychologique, la pratique de la PC favorise, chez les populations non-cliniques, la diminution de la fréquence et de l'intensité des émotions désagréables (Heeren & Philippot, 2010). Elle est aussi associée à une réduction du penchant à percevoir une situation comme stressante et à une meilleure régulation du stress, abaissant ainsi les niveaux d'anxiété (Weinstein, Brown, & Richard, 2009), mais contribue aussi à une meilleure satisfaction de vie (Keng, Smoski, & Robins, 2011). L'estime de soi (Pepping, O'Donovan, & Davis, 2013), le sentiment d'efficacité personnel (Luberto, Cotton, Mcleish, Mingione, & O'Bryan, 2013) et le développement identitaire (Lutz, 2012) sont aussi favorisés par ce type de pratique. Par ailleurs, l'expérience en PC contribue à l'amélioration des scores de mindfulness-état (Brown, & Ryan, 2003) et de bien-être psychologique (Grossman et al., 2004).

Effets relationnels. Sur le plan relationnel, diverses études ont montré l'impact positif des ateliers de PC. Entre autres, chez la population TDA/H, la PC a pour effet de diminuer les problèmes relationnels avec les pairs (Haydicky et al., 2015). Ses impacts ont même inspiré des chercheurs à faire une adaptation du programme MBSR en vue de l'appliquer plus particulièrement au domaine du développement social (Sawyer Cohen & Miller, 2009). Les résultats de cette application ont permis de faire ressortir une influence positive de la PC sur la conscience relationnelle, de même que l'intelligence émotionnelle et sociale. Par ailleurs, l'adaptation des programmes de PC à l'exercice de la parentalité est un courant de recherche de plus en plus prometteur. C'est pourquoi il convient d'accorder une attention particulière aux spécificités de ces programmes et à leurs impacts.

Le volet parental de la pleine conscience et ses retombées

L'application de la PC pour l'amélioration des relations parents-enfants a conduit à la formation d'un nouveau concept : la pleine conscience parentale (PCP). Bögels et Restifo (2014) décrivent la PCP comme une intégration des composantes de la PC par le parent dans sa façon de penser, de se comporter, de ressentir, d'agir avec compassion et acceptation envers son enfant, le tout en contact avec le moment présent. Duncan et ses collègues (2009a) ont quant à eux proposé, tout comme pour la PC au sens strict, cinq facettes à la PCP : 1) l'écoute pleinement attentive de l'enfant, 2) l'acceptation sans jugement de soi et de l'enfant, 3) la conscience émotionnelle de soi et de l'enfant, 4) l'autorégulation dans la relation parent-enfant et 5) la compassion du parent face à lui-

même et son enfant. Quelques études se sont intéressées à la nature de l'impact et l'ampleur des effets des interventions de PCP offerts aux parents d'enfants rencontrant des difficultés comportementales. Selon Duncan, Coatsworth et Greenberg (2009b), l'attitude que développe le parent à la suite de la pratique de la PC lui servirait à prendre davantage conscience de ses émotions et à être moins réactif lors de conflits familiaux. En effet, en adoptant la PC dans son approche avec son enfant, il parviendrait plus facilement à garder son calme et à être consistant dans ses valeurs et ses exigences disciplinaires. Ses actions seraient plus délibérées et donc mieux régulées (Duncan et al., 2009a). Également, en s'abstenant de porter un jugement face aux comportements de son enfant, il éliminerait sa tendance à les anticiper. En somme, ce serait selon ces auteurs la capacité du parent à prendre sur soi et à s'abstenir de porter des jugements négatifs qui l'encourageraient à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant, favorisant ainsi la relation parent-enfant. En ce qui a trait à l'efficacité, une récente méta-analyse fait état d'un impact modéré des interventions de PCP sur les niveaux d'agression, de colère, d'inattention et d'hyperactivité des enfants, de même que sur les pratiques disciplinaires des parents, leur niveau de stress et de satisfaction parentale (Friedmutter, 2015). La littérature sur le sujet étant encore jeune, l'auteure conclut à la nécessité de reproduire une méta-analyse lorsqu'il sera possible de contrôler davantage l'hétérogénéité des interventions et le nombre de sessions. La poursuite des études primaires paraît pertinente, et ce, plus spécifiquement en ce qui a trait à l'influence de la PCP sur les capacités d'autorégulation parentale. En effet, rappelons que les niveaux de stress parental sont associés au renforcement et à l'augmentation des problèmes de comportement de l'enfant, par le biais

entre autres de la réactivité parentale (Collins et al., 2000 ; McGrath, 2013 ; Neece et al., 2012 ; Van der Oord, Bogels, & Peijnenburg, 2012). De plus, la PC est reconnue comme ayant une portée émotionnelle de même que cognitive sur les capacités d'autorégulation.

Les apports des neurosciences dans la compréhension de la pleine conscience et de son impact sur le plan de l'autorégulation

La neuro-anatomie et les mécanismes neurologiques qui sous-tendent la méditation de PC sont explorés grâce à plusieurs techniques de neuro-imagerie, telles l'électroencéphalographie (EEG) et la résonance magnétique fonctionnelle (RMf) (Hölzel et al., 2011). Toutefois, il est encore difficile d'identifier clairement les régions impliquées dans la PC. Ce constat est dû aux divergences de résultats pouvant être expliquées par les différentes caractéristiques des participants, le type de méditation et la disparité méthodologique (Hölzel et al., 2011). Néanmoins, quelques régions ont été identifiées dans plusieurs études, telles l'insula (Farb et al., 2007 ; Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, & Davidson, 2008) et l'hippocampe (Lazar et al., 2000 ; Hölzel et al., 2007). Cette dernière région est connue pour son rôle dans la modulation du contrôle émotionnel (Corcoran, Desmond, Frey, & Maren, 2005). L'insula joue quant à elle un rôle dans la prise de conscience (Craig, 2009), soit l'essence même de la PC.

Trois mécanismes ou réseaux neuronaux apparaissent attachés à la PC. Le premier, le réseau d'alerte, permet la vigilance et l'engagement attentionnel et est associé aux régions frontales et pariétales droites. Le deuxième, le mécanisme d'orientation, implique le lobe pariétal supérieur, la jonction temporo-pariétaire et certaines aires visuelles en vue de

diriger le focus attentionnel et sélectionner les stimuli pertinents à traiter. Le troisième, le mécanisme de contrôle exécutif, est associé au processus de régulation « *top-down* » et implique entre autres le cortex cingulaire antérieur et le cortex préfrontal (Fall, 2016). Ce dernier mécanisme revêt d'une grande importance en pratique méditative, puisqu'il permet d'informer la présence d'un vagabondage de l'esprit en désactivant le réseau du mode par défaut. En ce sens, les processus de contrôle exécutif permettent au pratiquant de prendre conscience de ses écarts attentionnels dans l'optique de ramener volontairement son esprit à la tâche initiale (Malinowski, 2013).

Plusieurs études ont mis en évidence l'apport de la pratique de PC au plan neuro-anatomique. Que ce soit une pratique de huit semaines du programme MBSR (Hölzel et al., 2011) ou une expérience méditative plus importante, telle chez les moines bouddhistes et les religieuses chrétiennes (Fayed et al., 2013 ; Newberg & Waldman, 2009), la PC a pour effet d'accroître la densité de matière grise dans plusieurs régions du cerveau. L'étude d'Hölzel et ses collègues (2011) a à cet effet montré une concentration plus grande de matière grise dans les régions du cortex cingulaire postérieur, la portion latérale du cervelet, la jonction temporo-pariéto-occipitale, le vermis et l'hippocampe, et ce, chez des méditants expérimentés de seulement huit semaines. Outre les différences en matière de densité corticale, les spécificités des méditants expérimentés versus les non-pratiquants s'observent au niveau de l'activité frontale. En effet, les personnes en pleine conscience présentent une plus grande activation frontale (Komagata & Komagata, 2010 ; Travis et al., 2009). Également, une inhibition bilatérale de l'activité amygdalienne, une activation

du cortex préfrontal et de l'insula bilatérale (Creswell et al., 2007) sont observées. Par ailleurs, une synthèse récente de Trousselard, Steiler, Claverie et Canini (2014), porte attention aux caractéristiques du fonctionnement cérébral de pratiquants de PC. Les travaux de Farb et al. (2007) qu'ils citent indiquent que la répétition d'exercices de PC a pour effet de consolider la connectivité entre l'insula et la portion médiale du cortex préfrontal. Aussi, ils rapportent, grâce aux travaux de Creswell et al. (2007) et de Thayer & Lane (2009), que l'entraînement à la PC a comme finalité un contrôle du cortex préfrontal sur les structures sous-corticales en raison de sa plus grande activation et de l'atténuation de l'activité amygdalienne, d'où son rôle sur la réactivité cognitive et émotionnelle. Les travaux de synthèse d'Hölzel et ses collègues (2011) portant sur les mécanismes de la PC appuient plus précisément cette idée grâce aux données comportementales, mais aussi grâce à la neuroscience. Ils proposent cinq mécanismes d'autorégulation en PC, tous associés à des zones cérébrales. Le premier, la régulation attentionnelle mesurée par les tâches comme le *Stroop* se situe au niveau du cortex cingulaire antérieur. Le deuxième, la conscience corporelle, implique l'insula et la jonction temporo-pariétale. Le troisième, la régulation émotionnelle par réévaluation, est associé à la portion dorsale du cortex préfrontal. La quatrième, la régulation émotionnelle par exposition consciente au contenu émotionnel, fait intervenir la portion ventro-médiale du cortex préfrontal, l'hippocampe et l'amygdale. Finalement, le changement de perspective face à soi-même implique la portion médiale du cortex-préfrontal, le cortex cingulaire antérieur, l'insula et la jonction temporo-pariétale.

Retenant le premier mécanisme d'autorégulation en PC d'Hölzel et al. (2011), soit la régulation attentionnelle, il est possible de prédire l'impact de la pratique de PC sur l'autorégulation cognitive. Whitmer et Banich (2007) proposent que la PC exige de cibler l'attention tout en régulant, à savoir l'inhibition des pensées concurrentes, des émotions et des comportements. Elle agit ainsi comme un contrôle inhibiteur qui empêcherait l'automatisation. En d'autres mots, la PC permettrait d'inhiber des schémas cognitifs ou de résister à des réponses automatiques inadaptées, et ce, dans l'optique d'un choix volontaire d'une réponse plus adaptée (Roemer & Orsillo, 2003). Le testing neuropsychologique à l'aide du Stroop permet d'ailleurs d'objectiver l'impact de la pratique sur l'inhibition cognitive. De meilleurs scores à la tâche, donc moins d'erreurs d'impulsivité et d'interférence chez les méditants expérimentés comparés à un groupe contrôle de non-méditants ont été observés (Chan & Woollacott, 2007 ; Moore & Malinowski, 2009). Également, les études en neuroimagerie permettent de mieux comprendre en quoi l'activité cingulaire optimale des méditants expérimentés comparés aux non-méditants peut influencer leurs capacités accrues de régulation attentionnelle (Tang et al., 2007 ; 2010). En fait, l'activité améliorée du cortex cingulaire antérieur contribuerait au maintien attentionnel en activant les mécanismes de contrôle exécutif ou de régulation top-down (van Veen & Carter, 2002).

Sur le plan de la régulation émotionnelle, certains auteurs proposent que la PC permette une certaine flexibilité dans la production d'évaluation cognitive, soit en dirigeant l'attention vers l'information intéroceptive. Selon cette théorie, ce processus

permettrait de développer une capacité plus approfondie à réévaluer l'expérience négative, à prendre des décisions et à savourer l'expérience positive (Garland, Farb, Goldin, & Fredrickson, 2015). Elle serait associée à des niveaux plus faibles d'affects négatifs et de dysfonctionnement émotionnels telles l'anxiété et la dépression (Brown & Ryan, 2003). D'ailleurs, des données neurobiologiques confirment les bienfaits de la PC sur ces troubles psychologiques. En effet, la PC est liée à la désactivation des pensées automatiques d'anticipation (anxiété) et de rumination (dépression), alors qu'en l'absence de PC, une personne a tendance à automatiser ces deux types de pensées (Lazar, 2013). Également, la pratique de la PC est corrélée positivement à l'acceptation sans ressenti, à l'abandon des pensées négatives, à une meilleure compréhension du contenu émotionnel et à une meilleure capacité à repérer et prendre conscience de l'émotion (Brown & Ryan, 2003). Les méditants sont en fait moins sensibles aux automatismes. Ils ont davantage recours à leur mémoire autobiographique spécifique de façon à avoir pleinement accès au contenu émotionnel, favorisant ainsi l'acceptation des émotions (Heeren, Van Broeck, & Philoppot, 2009). Ceci les dégage de la stratégie automatique habituelle qu'est le recours à la mémoire autobiographique générale (Segal, Williams, & Teasdale, 2006 ; Williams et al., 2007). D'autre part, la PC aide à réduire la réactivité émotive et comportementale face à un contenu émotionnel perturbant (Brown & Ryan, 2003 ; Wachs & Cordova, 2007). Tel que résumé par Csillik et Tafticht (2012), la PC permet de répondre avec une plus grande flexibilité, de façon moins automatique et impulsive, de façon plus autonome et cohérente à la volonté, et ce, dans le moment présent, de sorte qu'il n'y a pas présence d'idées préconçues pouvant orienter la réponse. Finalement, Opialla et ses collègues

(2015) avancent que la PC serait une stratégie émotionnelle en soi et serait plus efficace que la réinterprétation cognitive pour le maintien de la régulation émotionnelle, bien que cette dernière soit reconnue pour son efficacité. En effet, bien que les mêmes régions corticales et sous-corticales soient activées lors de l'utilisation de ces deux stratégies, des durées différentes d'activation suggèrent que la stratégie de PC, une fois mise en train, nécessiterait moins d'effort mental pour assurer le maintien de la régulation, contrairement à la stratégie de réinterprétation cognitive.

En résumé, la PC montre des effets positifs dans plusieurs domaines depuis son intégration dans les sciences humaines. De nouveaux apports des neurosciences ont permis d'appuyer ses définitions à savoir qu'elle est une forme de pratique et une capacité d'autorégulation. Récemment, l'élaboration du concept de « pleine conscience parentale » a mené à la création d'un nouveau champ de recherche et d'adaptation des programmes de PC à la parentalité. Ces programmes, bien que diversifiés, montrent déjà leur impact positif sur le plan du stress et des pratiques parentales, de même que sur les comportements problématiques des enfants. Cependant, aucune étude clinique n'a actuellement été conduite afin de déterminer l'impact de la PCP sur des mesures comportementales et neuropsychologiques de l'autorégulation parentale. Seule l'étude pilote de May et al, (2016) s'est penchée sur le lien unissant la régulation émotionnelle aux changements neurofonctionnels à la suite d'activités de PC parent-adolescent. La présente étude pilote s'avère donc intéressante sur le plan de la recherche.

Méthode

La présente section expose les divers éléments ayant servi à la réalisation de cette recherche. Elle renferme les informations relatives aux participants composant l'échantillon, aux devis de recherche, aux instruments de mesure utilisés et au déroulement de l'évaluation et de l'intervention.

Participants

A priori, l'échantillon visé était de 30 à 60 dyades parent-enfant bénéficiant des services pédopsychiatriques du Centre hospitalier régional du Grand-Portage à Rivière-du-Loup, au Québec. La première entente de collaboration entre le milieu hospitalier et l'équipe de l'Université du Québec à Trois-Rivières voulait que le programme d'intervention et l'étude rattachée s'échelonnent sur 3 à 4 ans (avec possibilité de 2 groupes d'environ 8 participants par année). Or, pour des raisons confidentielles, les ateliers ont été offerts par l'établissement de soins qu'à deux occasions, soit à l'hiver 2016 et à l'hiver 2018. C'est pourquoi seules 9 dyades parent-enfant ont été sollicitées par l'équipe d'intervenants en pédopsychiatrie et l'équipe de l'Université du Québec à Trois-Rivières sur la base de leur participation au programme d'intervention de pleine conscience parentale (groupe à l'hiver 2016 : 5 dyades ; groupe à l'hiver 2018 : 4 dyades). Finalement, l'échantillon de cette étude pilote s'est restreint à 7 mères, deux d'entre-elles n'ayant pas complété le programme et ne s'étant pas engagées à procéder aux deux collectes de données, c'est-à-dire en pré et en post-intervention. Les enfants, tous aux

prises de difficultés psychiatriques (troubles du comportement, troubles anxieux et troubles neurodéveloppementaux) ont participé à leur propre groupe d'intervention de PC en parallèle et ont fait l'objet d'une autre étude.

Critères d'inclusion

Le recrutement des participants s'est fait sur une base volontaire et éclairée et aucune rémunération n'était associée. Les participants admis devaient être parent d'un enfant suivi au centre de pédopsychiatrie et devaient participer au programme d'intervention offert par le milieu. Les deux parents étaient invités à participer s'ils le souhaitaient. Or, pour diverses raisons (séparation, éloignement géographique, emploi, etc.), aucun père n'a manifesté son intérêt de participer au programme.

Critères d'exclusion

Tous les participants ayant une histoire psychiatrique et/ou neurologique grave nécessitant des soins autre que le déficit d'attention (TDA/H) devaient être exclus a posteriori de l'échantillon, puisque cela aurait pu biaiser l'impact de l'intervention. À cet effet, aucune participante n'a rapporté avoir consultée ou avoir eu besoin de consulter un professionnel de la santé pour ces raisons dans les derniers mois précédant les ateliers. Une seule participante a reçu le diagnostic de TDAH. Pour la même raison mentionnée ci-haut, les participants ayant expérimenté plus de 100 heures de pratique contemplative (toutes méthodes confondues : méditation, arts martiaux et pratiques spirituelles dans un lieu de culte) ne pouvaient constituer l'échantillon.

Instruments de mesure et déroulement

L'ensemble des questionnaires et tests neuropsychologiques ont été administrés à deux reprises dans les locaux de l'établissement de soins (c.-à-d., en pré et en post-intervention) lors de rencontres avec la responsable de cette recherche. La durée moyenne de chacune des rencontres était d'environ 2h30. Pour des raisons confidentielles, la rencontre post-intervention n'a pu être réalisée dans le premier mois suivant l'arrêt du programme. Elle s'est donc déroulée trois mois suivant le dernier atelier.

Questionnaire sociodémographique

En plus de cibler les informations tels le genre, l'âge, la scolarité, le champ d'études, le niveau de difficulté du travail, la perception de l'avenir du parent et de l'enfant, la satisfaction face aux relations familiales et sociales, il interroge les participants sur leur pratique de la méditation en mouvement (Yoga, Tai-chi, Gi-gong), d'un art martial et leur fréquentation d'un lieu de culte. De plus, il inclut une question permettant l'exclusion a posteriori des participants mentionnant avoir consulté un professionnel de la santé mentale (psychiatrie et/ou neurologie) pour des problématiques à ce niveau. Un individu rapportant une consultation pour un motif de développement personnel pouvait faire partie de l'échantillon.

L'inventaire de Beck pour la dépression

L'adaptation française du *Beck Depression Inventory* réalisée par Bourque et Beaudette (1982) a été utilisée afin d'évaluer l'intensité des sentiments dépressifs au cours

des sept derniers jours des participantes et ainsi pouvoir contrôler l'impact de ces symptômes sur le degré de motivation et d'implication des mères dans le programme. L'inventaire de Beck pour la dépression est un questionnaire de 21 énoncés et d'une échelle de mesure en quatre points (0 à 3 points de gravité) pour un total variant de 0 à 63 points. Plus le score obtenu est élevé, plus les symptômes dépressifs sont sévères (0 à 9 : absence de dépression, 10 à 15 : légèrement déprimé, 16 à 23 : modérément déprimé, 24 et plus : gravement déprimé). Dans leur étude, réalisée auprès d'une population d'adultes, Bourque et Beaudette mentionnent que la validation psychométrique révèle une bonne stabilité temporelle sur quatre mois ($r = 0,62$, $p < 0,001$), ainsi qu'une bonne consistance interne (0,92).

Estimation du potentiel intellectuel

Une estimation du potentiel intellectuel à l'aide de sous-tests de la WAIS-IV (Vocabulaire, Blocs et Séquences de chiffres) a été effectuée pour éliminer l'impact d'un faible potentiel intellectuel sur les scores de mémoire de travail, d'inhibition et de flexibilité. À ce niveau, aucun indice de lenteur ou déficience intellectuelle n'a été repérer chez les participantes.

Mesures inférentielles

Les capacités de PC et de PCP des mères ont été évaluées à l'aide de différents questionnaires. Également, un questionnaire, des mesures neuropsychologiques et une

brève entrevue ont servi à quantifier et qualifier l'impact de l'intervention sur les différentes composantes de l'autorégulation parentale.

L'échelle des cinq facettes de la pleine conscience (FFMQ). *Le Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) de Baer est un questionnaire de 39 items à échelle de mesure de type Likert en 5 points allant de jamais ou très rarement vrai (1) à très souvent ou toujours vrai (5). Il permet d'évaluer cinq facettes de la pleine conscience : l'observation de l'expérience présente, la description de l'expérience présente, l'action en pleine conscience, le non-jugement et la non-réactivité aux phénomènes psychologiques. Sa validation française a été réalisée par Heeren et ses collègues, auprès d'une population n'ayant jamais pratiqué la méditation ou toutes autres formes de pratiques de PC. La consistance interne est bonne avec des alphas de Cronbach allant de 0,77 à 0,89 (Csillik & Tafticht, 2012).

Interpersonal Mindfulness in Parenting scale (IM-P). Le questionnaire de pleine conscience parental développé par Duncan (2007) est un questionnaire très semblable au FFMQ, mais qui se veut spécifique au volet parental. Tout comme le FFMQ, il mesure la sensibilité, l'attention au moment présent, le non-jugement et la non-réactivité, mais le tout est appliqué à la relation parent-enfant ($\alpha = 0,72$). N'ayant pas de version française, nous avons nous-mêmes procédé à sa traduction. La version française n'a pas été validée, mais sera mise en relation avec le FFMQ (voir Appendice D).

The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Le DERS développé par Gratz et Roemer en 2004 est un outil permettant de mesurer les difficultés de régulation émotionnelle, soit un aspect important des relations interpersonnelles et du bien-être individuel. Il est divisé en six sous-échelles : la non-acceptation des émotions, la difficulté à s'engager dans des comportements dirigés vers un but, le manque de conscience émotionnelle, l'accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle et le manque de clarté émotionnelle. Il a été traduit en français par Dan-Glauser et Scherer (2013) auprès d'un échantillon d'étudiants suisses. La congruence entre la version originale et la traduction est de 0,98. La traduction a une consistance interne de 0,92.

Évaluation neuropsychologique de l'autorégulation cognitive. Afin d'évaluer la mémoire de travail, le sous-test *Séquence de chiffres* de la WAIS-IV est utilisé. Ce sous-test consiste à demander au participant d'écouter une série de chiffres et de la répéter dans le même ordre de présentation. Pour la séquence inversée, le participant doit répéter la série dans l'ordre inverse de celle entendue et pour celle en ordre croissant, il doit replacer les chiffres entendus dans l'ordre croissant. Le sous-test *Interférence mots-couleurs* de la D-KEFS sert à la fois à mesurer les capacités d'inhibition et de flexibilité. La troisième planche du sous-test évalue l'inhibition du processus automatique de lecture. Le participant doit nommer la couleur de l'encre plutôt que la couleur écrite. L'ajout d'une consigne supplémentaire à la quatrième planche permet d'évaluer le niveau de flexibilité face à la tâche. Le participant doit procéder de la même façon qu'à la planche précédente. Cependant, lorsque le mot est encadré, il doit lire la couleur écrite plutôt que de nommer

la couleur de l'encre. Pour cette fonction, une condition visuo-motrice est ajoutée à l'aide du sous-test *Trail Making* de la D-KEFS. Il est demandé aux participants de relier des chiffres à des lettres dans l'ordre croissant et alphabétique en alternant, sans se tromper et en allant le plus rapidement possible. Cet ensemble d'outils de mesures sont des plus connus et utilisés dans le milieu clinique.

Entrevue qualitative. Les participantes ont été invitées, lors des rencontres avec la responsable de cette recherche, à répondre à deux questions préalablement déterminées en pré et en post-intervention : 1) Comment décrivez-vous votre façon de réagir face à vos émotions ? et 2) Décrivez la façon et l'intensité à laquelle vous portez attention au moment présent. Jugez-vous porter attention au présent de façon intentionnelle (sans automatismes) et sans jugement (prendre les expériences comme elles sont, sans évaluation bonne/mauvaise) ? Également, lors de la rencontre post-intervention, les mères ont été invitées à participer à une courte entrevue qualitative individuelle (voir l'Appendice E). Seules deux de celles-ci ont acceptées. Il a fallu compter une vingtaine de minutes supplémentaires pour procéder à cette entrevue. Le verbatim a été transcrit au même moment par la responsable de la recherche. Un soutien audio a servi d'aide à la transcription (avec l'accord des participantes), après quoi il a été détruit.

Intervention

Le programme de PCP offert aux mères comportait neuf rencontres hebdomadaires d'une heure et demie, et ce, conjointement au programme de PC destiné à leur enfant. Le

contenu abordé avait pour bases le programme de mindful parenting élaboré par Bögels et Restifo (2014). Les thèmes et objectifs de l'adaptation réalisée par l'équipe de l'hôpital du Grand-Portage sont présentés dans le tableau 1 suivant. À noter, qu'au-delà des grands thèmes, les participantes ont aussi eu l'occasion de s'initier aux exercices de méditation en PC. L'animation du programme à l'hiver 2016 et 2018 s'est effectuée par mesdames Julie Boucher et Isabelle Girard, toutes deux travailleuses sociales au centre de pédopsychiatrie.

Tableau I

Thèmes et objectifs du programme de pleine conscience parentale

Séances	Objectifs
Séance 1 La parentalité automatique	<ul style="list-style-type: none"> • Devenir attentif aux automatismes sous-jacents au stress de la vie quotidienne • Réflexion sur leurs attentes comme parents
Séance 2 Donner de l'attention au corps	<ul style="list-style-type: none"> • Porter attention aux sensations corporelles • Déplacer l'attention sur le corps
Séance 3 Respiration et sensations physiques	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à décortiquer une situation vécue en trois étapes (sensations physiques, pensées et émotions) • Observer leur(s) pattern(s) de réaction parentale face au stress (fuir, figer, combattre)
Proposition d'un exercice à partir d'une situation de stress parental	
Séance 4 Répondre à nos réactions de stress parental	<ul style="list-style-type: none"> • Développer leurs connaissances sur les mécanismes de survie évolutive • Voir les différents types de pensées qui peuvent amener à certains types de réactions (p.ex. pensée catastrophique, pensée paranoïde, etc.) • Introduction à la compassion pour soi-même • Introduction aux réactions issues de leurs apprentissages en lien au fonctionnement dans leur famille d'origine
Séance 5 L'héritage parental provenant de leur système familial	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la reconnaissance des réactions émotionnelles reliées à leur passé • Accroître la conscience parentale des enjeux propres à leur histoire relationnelle (similarités et distinctions reliées à leur histoire actuelle avec leur enfant) • Prise de conscience des valeurs (d'origine actuelle, celles de leur enfant)

Tableau 1

Thèmes et objectifs du programme de pleine conscience parentale (suite)

Séances	Objectifs
Séance 6 Conflit et rôle parental	<ul style="list-style-type: none"> Apprentissage sur le conflit « non-destructif » et la résolution de conflit en lien aux valeurs et concepts de la pleine conscience (p.ex. acceptation de l'émotion, reconnaissance de l'émotion de l'enfant, etc.) Apprendre à réparer un conflit avec son enfant
Séance 7 Cultiver la compassion et mettre en place des limites	<ul style="list-style-type: none"> Développement de la compassion et, le cas échéant, des pensées qui peuvent conduire à de la culpabilité (conséquences associées sur le plan relationnel avec son enfant) Distinction entre les limites et l'application de limites (zone de pouvoirs et d'acceptation)
Séance 8 Sommes-nous arrivés? Un chemin vers la parentalité en pleine conscience	<ul style="list-style-type: none"> Révision des acquis Plan pour poursuivre leur parentalité en pleine conscience
Séance 9 Bilan	<ul style="list-style-type: none"> Rencontre parents/enfants où est soulignée l'implication Permettre un espace où le parent peut entendre ce que son enfant retient du processus et vice versa (activité structurée)

Plan d'analyse des données

Des tests t non paramétriques (de Wilcoxon) ont été conduits afin de répondre à l'objectif d'évaluer les effets du programme. Les postulats de normalité de données et d'homogénéité n'ont pas été vérifiés au préalable en raison du faible échantillon. Les résultats aux analyses ont été mis sous forme de tableaux de sorte à illustrer les changements observés entre le pré et le post test pour chaque variable. Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 23. Étant donné le faible taux de participation à l'entrevue qualitative complète, l'équipe de recherche a convenu de traiter l'information obtenue de façon descriptive et de ne pas réaliser une analyse thématique détaillée et un codage statistique spécifique pour identifier l'occurrence des témoignages. Pour cette raison, cette étude pilote est considérée sous l'angle d'un devis pré-expérimental plutôt qu'un devis mixte. Également, pour cette même raison l'appréciation générale des mères obtenue grâce à leurs commentaires lorsqu'elles ont été invitées à répondre aux deux questions préalablement déterminées est traitée de la même façon et abordée dans la discussion pour éviter la redondance.

Résultats

La présente section fait état des différents résultats de l'étude en fonction des hypothèses de départ. Étant donné le faible échantillon et la participation complète de seulement deux mères à l'entrevue qualitative, une analyse de cas descriptive a aussi été réalisée, mais demeure sommaire et complémentaire. Elle vise, dans une certaine mesure, à dresser le portrait des mères pour lesquelles l'intervention pourrait s'avérer bénéfique.

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

L'échantillon ($n = 7$) était composé exclusivement de femmes. L'âge moyen des participantes était de 41,70 ans ($\bar{E}T = 10,2$). Le niveau moyen de scolarité était de 14,29 ans ($\bar{E}T = 2,81$). Pour les participantes, la perception moyenne face à leur avenir était indifférente ($M = 3,39$; $\bar{E}T = 1,11$), de même que face à l'avenir de leur enfant ($M = 3,14$; $\bar{E}T = 1,07$). Leur satisfaction face aux relations sociales ($M = 3,57$; $\bar{E}T = 1,71$) et à la relation avec leur enfant ($M = 3,57$; $\bar{E}T = 0,98$) était d'un niveau assez insatisfait. Enfin, aucune des participantes n'a pratiqué une activité contemplative sur plus de 100 heures au courant de sa vie. Également, aucune des participantes n'a satisfait les critères cliniques pour la dépression (BDI-II).

Effets des ateliers de pleine conscience parentale sur les capacités des mères à être en pleine conscience et à adopter une attitude consciente envers leur enfant

Le premier objectif visait à évaluer les effets de l'intervention de PCP sur les capacités de pleine conscience des mères. Les résultats obtenus ne confirment pas l'hypothèse à l'effet que les ateliers améliorent le niveau général de pleine conscience des participantes, tel que mesuré par le FFMQ. En effet, bien qu'une augmentation soit observée entre le pré-test ($M = 127,14$; $\bar{ET} = 24,57$) et le post-test ($M = 132,29$; $\bar{ET} = 14,19$), celle-ci n'est pas statistiquement significative ($Z = -0,17$, n.s.). L'analyse spécifique des sous-échelles du FFMQ ne fait ressortir qu'une différence significative et positive au niveau des capacités à décrire l'expérience vécue ($Z = -2,26$, $p < 0,05$). Le niveau de capacité des mères à observer leur expérience, à ne pas réagir aux phénomènes psychologiques et à ne pas juger leur expérience reste statistiquement inchangé à la suite des ateliers, mais suit néanmoins une pente positive (voir Tableau 2). L'action en pleine conscience est le seul indice ayant diminué à la suite des ateliers (diminution non significative).

Par ailleurs, les résultats n'indiquent pas d'amélioration significative ($Z = -0,63$, n.s.) des capacités de pleine conscience parentale du pré-test ($M = 33,00$; $\bar{ET} = 2,94$) au post-test ($M = 34,42$; $\bar{ET} = 2,99$). Pris séparément, les scores aux sous-échelles de pleine conscience parentale restent statistiquement inchangés à la suite des interventions.

Tableau 2

Comparatif des moyennes et des écarts types au score total et aux sous-échelles des questionnaires FFMQ et IM-P

		Pré-test		Post-test		
		M	ÉT	M	ÉT	Z
FFMQ		127,14	24,57	132,29	14,19	-0,17
Sous-échelles						
Observation		25,00	7,30	26,42	5,19	-0,11
Description		28,71	3,30	30,57	3,87	-2,26*
Action		27,00	5,83	25,43	1,81	-0,95
Non-réactivité		20,43	5,29	21,71	3,45	-0,77
Non-jugement		26,00	7,72	28,14	4,45	-0,11
IM-P		33,00	2,94	34,42	2,99	-0,63
Sous-échelles						
Sensibilité		14,14	1,46	13,71	2,06	-0,54
Non-réactivité enfant		7,43	1,90	9,29	0,95	-1,68
Non-jugement enfant		11,43	0,53	11,43	1,13	0

Note. FFMQ = Niveau de pleine conscience ; Observation = Niveau d'observation de l'expérience présente ; Description = Niveau de capacité à décrire l'expérience présente ; Action = Niveau de capacité à agir en pleine conscience ; Non-réactivité = Niveau de capacité à ne pas réagir aux phénomènes psychologiques ; Non-jugement = Niveau de capacité à ne pas juger l'expérience vécue ; IM-P = Niveau de pleine conscience parentale ; Sensibilité = Niveau d'attention de sensibilité à l'enfant ; Non-réactivité enfant = Niveau de capacité à ne pas réagir aux comportements de l'enfant ; Non-jugement enfant = Niveau de capacité à ne pas poser de jugements envers les comportements de l'enfant ; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Effets des ateliers de pleine conscience parentale sur les capacités d'autorégulation émotionnelle des mères

Le deuxième objectif consistait à déterminer l'influence de l'intervention sur les capacités d'autorégulation émotionnelle des mères (voir Tableau 3). D'après les résultats, il semble que le niveau d'efficacité global d'autorégulation émotionnelle en post-intervention ($M = 132,14$; $\bar{ET} = 17,09$) ne soit pas statistiquement différent ($Z = -1,36$, n.s.) du niveau mesuré en pré-traitement ($M = 125,86$; $\bar{ET} = 23,94$).

Les scores obtenus aux sous-échelles d'acceptation émotionnelle, d'engagement dans des comportements orientés vers un but, de contrôle réactionnel, de conscience émotionnelle et de clarté émotionnelle sont pour l'ensemble plus élevés à la suite des ateliers, mais ne sont pas statistiquement différents de ceux obtenus avant les interventions. Seul l'indice d'accès à des stratégies de régulation s'est vu diminué à la fin des ateliers (diminution non significative).

Tableau 3

Comparatif des moyennes et des écarts types au score total et aux sous-échelles du questionnaire DERS

	Pré-test		Post-test		
	M	ÉT	M	ÉT	Z
DERS	125,86	23,94	132,14	17,09	1,36
Sous-échelles					
Acceptation	21,14	4,14	23,43	3,99	1,28
But	15,29	5,49	15,43	5,26	0,37
Contrôle	21,00	4,83	24,24	3,29	1,87
Conscience	19,14	4,02	20,14	2,41	0,85
Stratégie	30,14	4,53	29,43	3,36	-0,53
Clarté	19,14	3,02	19,57	2,30	0,33

Note. DERS = Niveau d'efficacité de régulation émotionnelle ; Acceptation = niveau d'acceptation des émotions ; But = niveau d'engagement dans des comportements orientés vers un but ; Contrôle = niveau de contrôle réactionnel sur ses difficultés ; Conscience = niveau de conscientisation des émotions ; Stratégie = niveau d'accès à des stratégies de régulation ; Clarté = niveau de clarté émotionnelle ; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Effets des ateliers de pleine conscience parentale sur les capacités d'autorégulation cognitive des mères

Au sujet des capacités de régulation cognitives, plusieurs résultats doivent être pris en compte dans l'interprétation des données. L'analyse a été divisée de façon à obtenir une mesure d'impact sur l'ensemble des sous-composantes de l'autorégulation cognitive, soit la mémoire de travail, l'inhibition et la flexibilité. En ce qui a trait à la mémoire de travail, plusieurs scores ont été calculés. Il est important de noter que d'après le courant

de la neuropsychologie clinique, la mémoire de travail est constituée de deux sous-habilités, une liée à l'attention, soit l'empan mnésique ou la capacité à maintenir son attention pendant une courte période de temps, et une liée à la manipulation mentale. Cette dernière sous-habileté, bien que dépendante de la première, constitue en réalité la mesure spécifique de la mémoire de travail. Ainsi, les scores d'intérêts sont le score total à l'épreuve de séquences de chiffres, de même que le score total à l'épreuve spécifique de rappel en ordre indirect. Pour ces mesures, les résultats font état d'une amélioration globale significative ($Z = -1,99$, $p < 0,05$) de l'indice de mémoire de travail (score total de l'épreuve) en post-intervention ($M = 30,00$; $\bar{E}T = 6,35$) par rapport au pré-test ($M = 26,14$; $\bar{E}T = 6,01$). Cependant, les ateliers n'apparaissent pas avoir d'impact sur la mesure spécifique de la mémoire de travail (score au rappel en ordre indirect). En effet, les résultats en post-intervention ($M = 9,23$; $\bar{E}T = 2,43$) ne sont pas statistiquement différents ($Z = -0,94$, n.s.) de ceux obtenus en pré-évaluation ($M = 8,43$; $\bar{E}T = 1,72$). Pour ce qui est de l'inhibition, deux indices ont été calculés, soit l'indice de vitesse et l'indice de précision (nombre d'erreurs). Les résultats obtenus indiquent une amélioration significative ($Z = -2,20$, $p < 0,05$) de la vitesse d'exécution en condition d'inhibition au post-test ($M = 51,29$; $\bar{E}T = 6,78$) par rapport au pré-test ($M = 56,71$; $\bar{E}T = 6,40$). Sur le plan de la précision, la moyenne des erreurs commises par l'ensemble des participantes à la tâche d'inhibition verbale en post-intervention ($M = 1,14$; $\bar{E}T = 1,22$) n'est pas statistiquement plus faible ($Z = -0,41$, n.s.) que la moyenne des erreurs commises au pré-test ($M = 2,00$; $\bar{E}T = 1,92$). Enfin, en ce qui a trait à la flexibilité mentale ou réactive, des indices de vitesse et de précision ont été calculés dans les deux modalités, soit les modalités visuo-verbale et

visuo-motrice. Les comparaisons de moyennes effectuées n'indiquent aucune amélioration significative des capacités de flexibilité des mères dans les deux modalités après leur participation aux ateliers, et ce, tant sur le plan de l'indice de vitesse que sur celui de précision (voir Tableau 4).

Tableau 4

Comparatif des moyennes et des écarts types pour chacun des scores obtenus aux tests

Scores	Pré-test		Post-test		
	M	ÉT	M	ÉT	Z
SCOD	9,71	2,98	10,43	2,51	-0,92
SCOI	8,43	1,72	9,29	2,43	-0,94
SCOC	8,00	2,58	10,29	2,63	-1,80
SCtot	26,14	6,01	30,00	6,35	-1,99*
STROOP3t	56,71	6,40	51,29	6,78	-2,20*
STROOP3e	2,00	1,92	1,14	1,22	-0,41
STROOP4t	60,86	4,60	56,86	4,10	-1,44
STROOP4e	1,86	1,95	1,00	0,58	-1,07
TRAIL4t	62,71	17,18	56,71	9,16	-1,27
TRAIL4e	0,57	0,79	0,86	0,9	-0,71

Note. SCOD = Séquences de chiffres en ordre direct (empan mnésique) ; SCOI = Séquences de chiffres en ordre indirect (empan inverse ou de mémoire de travail) ; SCOC = Séquences de chiffres en ordre croissant ; SCtot = Score total séquences de chiffres (indice total de mémoire de travail) ; STROOP3t = temps requis pour inhiber l'automatisme de lecture (indice de vitesse) ; STROOP3e = erreurs effectuées lors de l'inhibition de l'automatisme de lecture (indice de précision) ; STROOP4t = temps requis pour inhiber l'automatisme de lecture et alterner entre des exigences (indice de vitesse de la flexibilité visuo-verbale) ; STROOP3e = erreurs effectuées lors de l'inhibition de l'automatisme de lecture et l'alternance de consignes (indice de précision de la flexibilité visuo-verbale) ; TRAIL4t : temps requis pour l'alternance entre un chiffre et une lettre (indice de vitesse de la flexibilité visuo-motrice) ; TRAIL4e = erreurs effectuées lors de l'alternance entre un chiffre et une lettre (indice de précision de la flexibilité visuo-motrice) ; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Analyse détaillée de l'expérience d'une mère pour qui les ateliers semblent avoir été bénéfiques

La mère d'intérêt est âgée de 29 ans, de scolarité universitaire et participe aux ateliers avec sa fille de 9 ans diagnostiquée TDAH. Madame a elle-même reçu le diagnostic et se questionne aussi de la présence de traits de personnalité limite. Elle aurait bénéficié d'un suivi en psychothérapie il y a quelques années ayant pour objectif son développement personnel. Madame n'aurait jamais pratiqué d'activités méditatives et verbalise même être incapable d'être en pleine conscience. Elle décrit un fonctionnement relationnel général actuellement satisfaisant, mais demeure somme toute plus insatisfaite de la relation avec son enfant.

Au questionnaire BDI, madame rapporte suffisamment de symptômes pour indiquer un niveau léger de dépression. Elle se décrit comme étant très réactive à ses émotions et conscientiserait celles-ci après-coup.

Les différents résultats obtenus aux questionnaires de PC, font état de capacités assez faibles à être en PC par rapport aux autres participantes en pré-intervention ($Z = -1,63$). Ses niveaux de sensibilité aux émotions de son enfant et de non-réactivité aux comportements inadéquats de l'enfant sont aussi plus faibles que les autres mères ($Z = -1,02$). En ce qui a trait à aux habiletés de régulation émotionnelle, madame montre également de plus faibles résultats ($Z = -1,50$). Sur le plan cognitif, les performances de madame aux différentes épreuves en pré-intervention font état de bonnes capacités d'inhibition et de flexibilité mentale en comparaison au reste du groupe et à l'échantillon

normatif des outils utilisés (voir Tableau 5). La gestion mentale de ses ressources en mémoire de travail est quant à elle du niveau de la moyenne faible par rapport aux personnes du même âge ($Z = -0,67$).

Tableau 5

Comparatif des performances de madame à l'ensemble des épreuves neuropsychologiques en pré et post-test par rapport aux autres mères et à l'échantillon normatif des outils

	Z Pré-test		Z Post-test	
	Échantillon normatif	Mères	Échantillon normatif	Mères
SCOI	-0,67	-0,25	1,00	1,12
SCtot	0,00	0,64	1,67	1,42
STROOP3t	0,33	1,36	0,67	1,08
STROOP3e	0,33	0,52	-0,33	-0,71
STROOP4t	0,00	1,27	0,00	0,21
STROOP4e	0,67	0,95	0,67	1,73
TRAIL4t	0,67	0,91	1,00	1,39
TRAIL4e	0,67	0,72	-0,33	-1,26

Note. SCOI = Séquences de chiffres en ordre indirect (empan inverse ou de mémoire de travail) ; SCtot = Score total séquences de chiffres (indice total de mémoire de travail) ; STROOP3t = temps requis pour inhiber l'automatisme de lecture (indice de vitesse) ; STROOP3e = erreurs effectuées lors de l'inhibition de l'automatisme de lecture (indice de précision) ; STROOP4t = temps requis pour inhiber l'automatisme de lecture et alterner entre des exigences (indice de vitesse de la flexibilité visuo-verbale) ; STROOP3e = erreurs effectuées lors de l'inhibition de l'automatisme de lecture et l'alternance de consignes (indice de précision de la flexibilité visuo-verbale) ; TRAIL4t : temps requis pour l'alternance entre un chiffre et une lettre (indice de vitesse de la flexibilité visuo-motrice) ; TRAIL4e = erreurs effectuées lors de l'alternance entre un chiffre et une lettre (indice de précision de la flexibilité visuo-motrice).

À la suite des ateliers de PCP, madame se dit plus consciente de ses émotions et plus à même d'identifier les pensées associées. Ses résultats au questionnaire de PC montre

dorénavant un niveau moyen par rapport au groupe à être en PC ($Z = -0,23$). Madame dit : « C'est presque rendu un automatisme pour moi la prise de conscience des émotions et le lien avec mes pensées. J'applique la pleine conscience quand je sais que ça va péter ». En rapport à l'enfant, les niveaux de sensibilité aux émotions et de non-réactivité aux comportements inadéquats de madame sont supérieurs aux autres mères à la suite de l'intervention ($Z = 1,86$). D'ailleurs, elle mentionne : « J'ai pris conscience de mon pouvoir sur ma fille. Ma nouvelle façon de m'exprimer à mon enfant a changé ma vie. Je n'avais plus d'outils et ça m'a rassuré de voir qu'il n'était pas trop tard ». Madame voit aussi que ses changements comportementaux personnels se répercutent sur sa fille : « Je me fais plus confiance... je veux dire que j'ai plus confiance en mon autorité. Je pense que j'interviens différemment et mieux, et que ma fille réagit mieux à ça ». Bien que le niveau d'efficacité moyen de régulation émotionnelle demeure toujours inférieur au reste du groupe à la suite des ateliers ($Z = -0,71$) celui-ci s'en trouve sensiblement plus élevé en comparaison au pré-test.

En ce qui a trait aux mesures cognitives, les capacités de mémoire de travail de madame sont passées d'un niveau moyen ($Z = 0,00$), voire moyenne faible ($Z = -0,67$), à un niveau équivalent à la moyenne élevée ($Z = 1,00$), voire supérieur ($Z = 1,67$) sur la courbe normale et comparé aux autres mères. L'inhibition et la flexibilité mentale demeurent pour leurs parts inchangées.

Discussion

L'objectif premier de cet essai était de démythifier le concept de la parentalité dans sa vision moderne et l'application de la pleine conscience comme approche visant à améliorer les capacités d'autorégulation cognitive et émotionnelle des parents. Le résultat de ce travail met en évidence l'évolution historique du regard porté sur le bien-être de l'enfant et l'émergence d'une vision positive du concept de la parentalité (Roskam & Mikolajczac, 2018). Cette vision mandatée en 2001 par le Comité pour la Cohésion Sociale en Europe aura amené l'élaboration de directives pour l'accompagnement des parents dont l'intérêt majeur est de protéger le développement de l'enfant. De ce mandat seront ressortis plusieurs principes de base toujours d'actualité sur les droits et les besoins développementaux des enfants, dont les droits à l'éducation et à la sécurité et les besoins d'amour, de chaleur, d'écoute active, de valorisation et d'autonomie. Pour certains auteurs, dont François (2012), cette perspective nettement positiviste est toutefois sujette à créer une pression sociale culpabilisante pour les parents, ces derniers voulant représenter au mieux possible le « bon parent » convoité. D'ailleurs, l'étude récente de Potharst, Baartmans et Bögels (2018) a montré qu'un niveau élevé de stress parental peut aussi s'observer chez des parents au sein d'une population non clinique ou chez des parents d'enfants ne souffrant pas d'une psychopathologie. Imaginons alors les niveaux de stress des parents exposés à des défis parentaux élevés, dont celui d'élever un enfant opposant, agressif, peu régulé et manquant d'autonomie. N'est-ce pas un défi supplémentaire ?

Certes, puisque nous avons d'ailleurs vu que le bagage stratégique et dispositionnel de l'enfant est le plus souvent lié au bagage personnel du parent et à ses compétences d'enseignant (Bridgett, Kanya, Rutherford, & Mayes, 2017 ; Liu et al., 2018 ; Zeytinoglu, Calkins, Swingler, & Leerkes, 2017).

Pris conjointement, les résultats des recherches précédemment cités évoquent l'idée que le stress parental dépasse la présence de facteurs externes et s'explique aussi par la présence de biais perceptifs sociaux ou individuels. D'après Fong (1991), plus le stress est grand, plus les biais perceptuels risquent de l'être aussi et inversement. Ainsi, le parent stressé tend à surestimer les problèmes de l'enfant et focaliser son attention sur le négatif, ce qui par le fait même, contribue à accentuer son niveau de stress. Le présent essai a servi d'une certaine façon à reprendre l'idée de Fong à travers une compréhension neuropsychologique. Il a traité ce phénomène comme un biais cognitif résultant de difficultés d'autorégulation cognitive du parent ou d'une rigidité mentale à se dégager d'un jugement comportemental et à trouver une explication alternative au comportement de son enfant. Pour ce faire, il a été question du modèle du traitement cognitif contrôlé et automatique de Shiffrin et Schneider (1977) afin de comprendre comment un jugement comportemental plus automatique peut faire interférence à la recherche contrôlée de stratégies ou de réponses alternatives. La discussion théorique avait comme assise l'étude récente de Shaffer et Obradovic (2017) démontrant le lien unissant le contrôle inhibiteur à la parentalité, mais n'a pas repris l'ensemble des modèles de l'autorégulation. C'est qu'en rétrospective, il n'existe actuellement pas de consensus entre les modèles cognitifs

et neurobiologiques de l'autorégulation dans la littérature. Par exemple, pour certains auteurs tels que Corbetta et Shulman (2002) et Posner et Rothbart (2007), les biais cognitifs sont de l'ordre d'un processus autorégulatoire relevant de l'interaction entre un système bottom-up/ventral de vigilance attentionnelle sur l'information saillante et un système top-down/dorsal d'orientation volontaire. Pour d'autres, les biais cognitifs sont dus à une interférence entre le circuit ventral, dorsal, le réseau du mode par défaut, le circuit fronto-pariéto-occipital et cingulo-operculaire (Power & Petersen, 2013). La multiplicité des modèles rend ainsi compte de la complexité à étudier le concept d'autorégulation cognitive et à élucider sa transférabilité sur le plan comportemental et émotionnel. D'ailleurs, nous nous permettons de partager l'expérience de plusieurs cliniciens neuropsychologues et collègues qui, malgré l'assise théorique évidente et les résultats de recherche comme ceux d'Ochsner et ses collègues (2012), cherchent toujours à expliquer hors de tout doute les troubles fonctionnels observables d'autorégulation à leur base neurocognitive. À l'heure actuelle, les épreuves d'évaluation disponibles pour mesurer ce concept lors d'études non-fondamentales ou en clinique n'apparaissent malheureusement pas suffisamment sensibles. En effet, les résultats ne sont pas toujours transférables d'un point de vue cognitif à un point de vue comportemental/symptomatologique. A posteriori, nous questionnons donc le choix méthodologique de cette présente étude pilote et sollicitons les chercheurs pour la création de tâches cognitives plus écologiques et soucieuses du lien existant entre le cerveau, les comportements et les émotions. L'ajout d'une valence socio-émotionnelle aux différentes tâches d'inhibition et de flexibilité cognitive nous apparaît comme une piste pertinente.

Cela dit, même si les corrélats neurocognitifs ne sont pas suffisamment clairs, les mécanismes d'action de la pleine conscience sur l'autorégulation parentale sont de plus en plus documentés du point de vue théorique ou en recherche qualitative. À cet effet, l'étude d'Haydicky, Wiener & Shecter (2017) montre les impacts qualitatifs de la pratique de PCP sur différents aspects reliés au concept d'autorégulation. Dans leur étude, la PCP a favorisé la capacité des parents à prendre conscience de leurs automatismes, à se décentrer des événements mentaux avec respect et objectivité et à rediriger leurs pensées dans le présent, ceci favorisant la gestion de leurs comportements et de leurs émotions. Les parents étaient plus à même de reconnaître leurs patterns comportementaux et leurs impulsions pour répondre différemment grâce à l'espace créé. Ils étaient aussi davantage en mesure d'utiliser des stratégies de régulation adaptées, en faisant par exemple le choix d'accepter une frustration plutôt que de l'éviter ou en réorientant leur attention sur le positif d'une situation. Les processus parallèles de conscience de soi et de gestion comportementale et émotionnelle contribuaient conjointement à augmenter l'empathie (améliore la sensibilité aux indices sociaux non-verbaux et favorise la prise de conscience des répercussions de ses propres actions sur les autres), à réduire la réactivité émotionnelle, à améliorer la communication (favorise le partage réciproque et sans jugement, de même que l'écoute active) et à réduire l'intensité et la durée des conflits (par la normalisation des conflits et le laisser-aller).

Malheureusement, l'étude pilote conduite dans le cadre de cet essai n'a pas permis d'asseoir les observations qualitatives d'Haydicky et ses collèges sur des bases cognitives.

L'analyse des résultats par le biais de mesures autorapportées et de tests neuropsychologiques indique d'abord une tendance positive, mais non significative chez les mères à s'observer au présent et à ne pas réagir ou porter de jugement vis-à-vis de leurs expériences à la suite des ateliers. Elles sont significativement plus à même de décrire ou mettre en mot ce qui se passe pour elles au présent, ce qui est conforme aux résultats largement significatifs retrouvés dans l'étude randomisée de Meppelink et ses collègues (2016). Par contre, leur participation ne semble pas avoir amélioré leurs capacités de pleine conscience parentale à un niveau statistique souhaité. La tendance suit tout de même une pente positive en ce qui a trait à la non-réactivité et au non-jugement des mères par rapport à l'enfant. Nous sommes d'avis que le nombre limité de participantes a pu influencer la signification des résultats, d'autant plus que l'analyse non paramétrique ne permet pas de quantifier la taille d'effet. Toute de même, l'analyse plus détaillée des résultats d'une participante est cohérente avec les observations recueillies par Haydicky et al. (2017) à l'effet que la pratique de la PCP améliore qualitativement les habiletés introspectives des parents et favorise la prise de conscience de leurs influences sur l'enfant.

Sur le plan de l'autorégulation émotionnelle, l'étude ne permet pas de conclure à une amélioration significative à la suite des ateliers. Une tendance positive est toutefois notée pour la conscientisation, la clarté et l'acceptation émotionnelle, de même que pour l'engagement comportemental et le contrôle réactionnel, suivant ainsi les résultats obtenus par Brown et Ryan en 2003. En rétrospective, le choix des outils de mesures est peu

spécifique à la population ciblée. Des mesures destinées au contexte de la parentalité, comme l'Indice de Stress Parental, le Postnatal Depression Scale et le Parent Emotion Regulation Scale auraient été plus pertinentes pour répondre aux questions de recherche. Du point de vue cognitif, les mesures de mémoire de travail et d'inhibition sont significativement améliorées. Il est cependant difficile d'attribuer hors de tout doute ces résultats aux ateliers de PCP vu les limites méthodologiques et le manque de signification aux mesures autorapportées de PC en post-intervention. Les tâches neuropsychologiques utilisées sont peu sensibles à l'effet d'apprentissage, mais il se peut tout de même que certaines mères aient abordé les tâches différemment en raison de leur familiarisation avec celles-ci. Les contraintes dans la collaboration entre le milieu de soins et l'équipe de recherche ont occasionné d'importantes limites sur le plan méthodologique et de l'analyse, les effets ayant été mesurés que trois mois après l'arrêt des ateliers. Il sera donc pertinent de reproduire une étude clinique randomisée afin d'évaluer la spécificité du traitement et de porter un regard critique sur l'effet du passage du temps grâce à une mesure de maintien. L'ajout d'un groupe contrôle passif aurait pu permettre à lui seul de clarifier la pertinence d'un tel programme d'intervention, et ce, malgré l'absence de signification des résultats. Dans le cas où une détérioration des mesures d'autorégulation aurait été observée chez la population contrôle en post-test, nous aurions pu considérer davantage le manque de signification comme la résultante d'un faible échantillon plutôt que comme une limite attribuable au programme. La présente étude est tout de même intéressante puisqu'elle a permis de recueillir les impressions de deux mères en lien à leur expérience de PCP grâce à une courte entrevue qualitative individuelle.

Appréciation générale des mères

Globalement, l'analyse des réponses des deux mères ayant participé à l'entrevue qualitative complète, de même que les commentaires reçus des autres mères, met en évidence une appréciation positive des ateliers de PCP quant au contenu abordé. Il ressort, du discours des deux mères interrogées, qu'elles comprennent maintenant mieux comment elles peuvent utiliser leur savoir expérientiel de sorte à soutenir le développement des capacités de PC chez leur enfant. Elles croient en une meilleure capacité à ne pas succomber au stress et à la colère, même si les résultats aux questionnaires ne sont pas statistiquement significatifs.

Également, à la suite des questions visant à décrire leur façon de réagir à leurs émotions et la façon dont elles parviennent à porter intentionnellement attention au présent sans jugement, cinq mères ont identifié être dorénavant plus en mesure de se questionner automatiquement lorsqu'elles font face à un conflit avec l'enfant plutôt que d'agir en partie leur colère. Il revient donc à dire que pour certaines mères qui se disaient déjà habiles pour être en PC, les ateliers pourraient leur avoir permis d'automatiser davantage cet état/processus conscient. Une mère, soit celle présentée dans l'analyse de cas, nous dit avoir profité des ateliers à un point tel que sa perception par rapport à son avenir et à celle de sa fille s'en trouve drastiquement améliorée. Bien que les mères reconnaissent avoir vécu une expérience positive, trois d'entre elles nous avouent qu'elles auraient apprécié qu'une rencontre avec les intervenants et le groupe soit prévue quelques mois suivant les

ateliers de sorte à pouvoir partager ce qui demeure plus difficile pour elles et à identifier des pistes de solution.

Conclusion

Bien que cette étude aura comporté plusieurs limites méthodologiques ne permettant pas de quantifier l'impact des ateliers de PCP sur les capacités d'autorégulation cognitive et émotionnelle de parents d'enfants psychotropés, et que, les résultats obtenus par le biais d'analyses non paramétriques n'aura pas permis de faire valoir les ateliers sur le plan statistique, il aura été intéressant d'obtenir les impressions qualitatives des participantes quant à leur expérience pour appuyer la pertinence de poursuivre de tels programmes dans les milieux hospitaliers au Québec et d'en évaluer leur efficacité. Pour la suite, nous encourageons d'une part les chercheurs dans le domaine, à identifier/élaborer des instruments de mesure cognitive plus écologiques de sorte à pouvoir reproduire une étude randomisée sur le sujet. Également, nous sollicitons les chercheurs d'approche qualitative à s'intéresser davantage au sujet, puisque pour notre part, ce type d'étude aura été le plus informatif pour bien comprendre les mécanismes d'action de la PCP.

Références

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Society for Research in Child Development Monographs*, 46, 1–82.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. NJ: Erlbaum.
- Alidina, S., Filipe, H., & Couzon, E. (2013). *Méditation : la pleine conscience pour les nuls*. Paris : First-Gründ.
- Allik, H., Larsson, J. -O., & Smedje, H. (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 1. doi: 10.1186/1477-7525-4-1
- Auto. (s.d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/auto-/6568>
- Baddeley, A. (2012). Working memory: Theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1–29. doi: 10.1146/annurev-psych-120710-100422
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.doi: 10.1093/clipsy.bpg015
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Baker, B. L., McIntyre, L. L., Blacher, J., Crnic, K., Edelbrock, C., & Low, C. (2003). Preschool children with and without developmental delay: Behavior problems and parenting stress over time. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 217–230.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *The American Psychologist*, 54, 462–479. doi:10.1037/0003-066X.54.7.462.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94. doi: 10.1037/0033-2909.121.1.65

- Barlow, J. H., Cullen-Powell, L. A., & Cheshire, A. (2006). Psychological well-being among mothers of children with cerebral palsy. *Early Child Development and Care*, 176(3–4), 421–428. doi: 10.1080/0300443042000313403
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37, 887–907. doi: 10.2307/1126611
- Beaton, E. A., Schmidt, L. A., Schukin, J., Antony, M. M., Swinson, R. P., & Hall, G. B. (2008). Different neural responses to stranger and personally familiar faces in shy and bold adults. *Behavioral Neuroscience*, 122(3), 704–709. doi: 10.1037/0735-7044.122.3.704
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7(3). doi: 10.1177/000306515900700301
- Ben-Porath, D. D. (2010). Dialectical Behavior Therapy applied to parent skills training: Adjunctive treatment for parents with difficulties in affect regulation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 458–465. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.07.005
- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Progress in Neurobiology*, 82(5), 256–286. doi: 10.1016/j.pneurobio.2007.06.004
- Berger, A. (2011). Neurocognitive and neuromotivational mechanisms of self-regulation. In A. Berger (Eds), *Self-Regulation: Brain, Cognition, and Development* (pp.19-44). doi: 10.1037/12327-002.
- Berghmans, C., Tarquinio, C., & Strub, L. (2010). Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie. *Santé mentale au Québec*, 1, 49-83. doi: 10.7202/044798ar
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536–551. doi: 10.1007/s12671-013-0209-7
- Bogels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1, 107-120. doi:10.1007/s12671-010-0014-5

- Bögels, S. M., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. New York: Springer.
- Bondolfi, G., Jermann, F., & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness) : Entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves, *Psychothérapies*, 31, 167-174. doi: 10.3917/psys.113.0167
- Bormann, J. E., Aschbacher, K., Wetherell, J. L., Scott, R., & Redwine, L. (2009). Effects of faith/assurance on cortisol levels are enhanced by a spiritual mantram intervention in adults with HIV: A randomized trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 161-171. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.09.017
- Borst, G., Cachia, A., Vidal, J., Simon, G., Fischer, C., Pineau, A.,...Houdé, O. (2014). Folding of the anterior cingulate cortex partially explains inhibitory control during childhood: A longitudinal study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 9, 126–135. doi: 10.1016/j.dcn.2014.02.006
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218. doi: 10.1037/h0081254
- Bridgett, D. J., Burt, N. M., Edwards, E. S., & Deater-Deckard, K. (2015). Intergenerational transmission of self-regulation: A multidisciplinary review and integrative conceptual framework. *Psychological Bulletin*, 141, 602– 654. doi :10.1037/a0038662
- Bridgett, D. J., Kanya, M. J., Rutherford, H. J. V., & Mayes, L. C. (2017). Maternal executive functioning as a mechanism in the intergenerational transmission of parenting: Preliminary evidence. *Journal of Family Psychology*, 31(1), 19-29. doi: 10.1037/fam0000264
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. doi : 10.1037/0012-1649.22.6.723
- Brooks, R. B. (2005). The power of parenting. In Goldstein S., Brooks R.b. (Eds): *Handbook of resilience in children* (pp. 297-314). New York: Plenum.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211–237. doi: 10.1080/10478400701598298

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822–848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R., & Shacter, D. L. (2008). The brain's default network: Anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1124*, 1-38. doi: 10.1196/annals.1440.011
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion, 3*(1), 48-67. doi:10.1037/1528-3542.3.1.48
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenthood work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Froniers in Psychology, 8*. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00014
- Carlson, L.E., & Brown, K.W. (2005). Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 29–33. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.04.366
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine blood pressure outcomes of mindfulness based stress reduction (MBSR) in breast prostate cancer outpatients. *Brain Behavior and Immunity, 21*, 1038-1049. doi:10.1016/j.bbi.2007.04.002
- Cattell, R. B. (1967). The theory of fluid and crystallized intelligence checked at the 5-6 year-old level. *British Journal of Educational Psychology, 37*(2), 209-224. doi: 10.1111/j.2044-8279.1967.tb01930.x
- Chan, D., & Woollacott, M. (2007). Effects of level of meditation experience on attentional focus: Is the efficiency of executive or orientation networks improved? *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 13*(3), 651–657. doi:10.1089/acm.2007.7022.
- Chapman, M. J., Hare, D. J., Caton, S., Donalds, D., Melnnis, E., & Mitchell, D. (2013). The use of mindfulness with people with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Mindfulness, 4*, 179–189. doi: 10.1007/s12671-013-0197-7.
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: the role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(4), 387–400.
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., & Delelis, G. (2009). Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive.

Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 59(1), 59-67.
doi:10.1016/j.erap.2008.07.001

- Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1066–1075. doi: 10.1016/j.jaac.2012.08.002.
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting. The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55, 218–232. doi: 10.1037/0003-066X.55.2.218
- Connor, D. F., Steeber, J., & McBurnett, K. (2010). A review of attention deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(5), 427–440. doi:10.1097/DBP.0b013e3181e121bd
- Corbetta, M., & Shulman, G. L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 201–215. doi: 10.1038/nrn755
- Corcoran, K. A., Desmond, T. J., Frey, K. A., & Maren, S. (2005). Hippocampal inactivation disrupts the acquisition and contextual encoding of fear extinction. *Journal of Neuroscience*, 25(39), 8978–8987. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2246-05.2005
- Crandall, A. A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review*, 36, 105–126. doi: 10.1016/j.dr.2015.01.004
- Craig, A. D. (2009). How do you feel - now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(1), 59–70. doi: 10.1038/nrn2555
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69 (6),560–565. doi: 10.1097/PSY.0b013e3180f6171f
- Criaud, M., & Boulinguez, P. (2013). Have we been asking the right questions when assessing response inhibition in go/no-go tasks with fMRI? A meta-analysis and critical review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(1), 11–23. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.11.003
- Csillik, A., & Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Pratiques Psychologiques*, 18(2), 147-159. doi:10.1016/j.prps.2012.02.006

- Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. (2013). The difficulties in emotion regulation scale (DERS): Factor structure and consistency of a french translation. *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), 5-11. doi: 10.1024/1421-0185/a00009
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological bulletin*, 113(3), 487-496. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ..., Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570. doi: 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 314-332. doi:10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x.
- Deater-Deckard, K., Sewell, M. D., Petrill, S. A., & Thompson, L. A. (2010). Maternal working memory and reactive negativity in parenting. *Psychological Science*, 21, 75-79. doi: 10.1177/0956797609354073
- Deater-Deckard, K., Wang, Z., Chen, N., & Bell, M. A. (2012). Maternal executive function, harsh parenting, and child conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 53(10), 1084-1091. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02582.x
- Delaearde, C., Briffault, X., Usbelli, L., & Saïas, T. (2014). Aider les parents à être parents ? Modèles et pratiques des programmes « evidence-based » d'aide à la parentalité. *Anales Médico-Psychologiques*, 172, 273-279. doi: 0.1016/j.amp.2012.12.007
- Delecourt, D. & Leturque, V. (2009). Essai de conceptualisation d'un terme « parentalité ». *Santé log petite enfance*, 5, 38-45.
- Deslandes, R. (1999). Une visée partenariale dans les relations entre l'école et les familles : Complémentarité de trois cadres conceptuels. *Revue internationale de l'éducation familiale*, 3(1 et 2), 30-47.
- Dionne, F., & Blais, M-C. (2011). Les thérapies de la troisième vague : conceptualisation et illustration à partir d'un cas clinique. Dans E. Kotsou, & A. Heeren (Eds), *Pleine conscience et acceptation : au cœur processuel de la troisième vague* (pp. 27-52). Éditions de Boeck.
- Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 15-36.

- Dumas, J. E. (2005). Mindfulness-based parent training: Strategies to lessen the grip of automaticity in families with disruptive children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 779–791. doi: 10.1207/s15374424jccp3404_20.
- Dumont, D., & Renard, F. (2004). Parentalité : nouveau concept, nouveaux enjeux ? *Unité d'Éducation pour la Santé*. Document repéré à <http://ots.ds.sipr.ucl.ac.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos31.pdf>
- Duncan, L. G. (2007). *Assessment of mindful parenting among parents of early adolescents: Development and validation of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale*. Thèse de doctorat inédite, Pennsylvania State University.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. L., & Greenberg, M. T. (2009a). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 255-270. doi: 10.1007/s10567-009-0046-3
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009b). Pilot study to gauge acceptability of a mindfulness-based, family focused preventive intervention. *Journal of Primary Prevention*, 30, 605–618. doi:10.1007/s10935-009-0185-9.
- Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (2007). *Synthèse sur les habiletés parentales*. Document repéré à <http://www.enfant-encyclopedia.com/Pages/PDF/Sanders-MorawskaFRxp.pdf>
- Fall, E. (2016). *Introduction à la pleine conscience*. France : Dunod
- Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 313–322. doi: 10.1093/scan/nsm030
- Fayed, N., del Hoyo, Y.L., Andres, E., Serrano-Blanco, A., Bellon, J., Aguilar, K., . . . Garcia-Campayo, J. (2013). Brain changes in long-term Zen meditators using proton magnetic resonance spectroscopy and diffusion tensor imaging: A controlled study. *Public Library of Science*, 8(3), 1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0058476
- Fong, P. L. (1991). Cognitive appraisals in high and low-stress mothers of adolescents with autism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 471–474. doi: 10.1037/0022-006X.59.3.471
- Francis, A. (2012). Stigma in an era of medicalisation and anxious parenting: how proximity and culpability shape middle-class parents' experiences of disgrace.

- Sociology of Health & Illness*, 34(6), 927–942. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01445.
- Friedmutter, R. (2015). *The effectiveness of mindful parenting interventions: A meta-analysis*. (Thèse de doctorat). Accesssible par ProQuest Dissertations Publishing. (3663064)
- Fuster, J.M. (1997). *The prefrontal cortex: Anatomy, physiology, and neuropsychology of the frontal lobe* (3rd eds). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Gaffrey, M. S., Luby, J. L., Botteron, K., Repovs, G., & Barch, D. M. (2012). Default mode network connectivity in children with a history of preschool onset depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*; 53, 964–972. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02552.x.
- Galinsky, E. (2010). *Mind in the making: The seven essential life skills every child needs*. New York: Harper Collins Publishers.
- Gardner, F., Ward, S., Burton, J., & Wilson, C. (2003). The role of mother-child joint play in the early development of children's conduct problems: A longitudinal observational study. *Social Development*; 12, 361–79. doi: 10.1111/1467-9507.00238
- Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrikson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 26(4), 293-314. doi: 10.1080/1047840X.2015.1064294
- Garnefski, N., Kraaij, V., and Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 30, 1311–1327. doi: 10.1016/s0191-8869(00)00113-6
- Goldberg, S., Tucker, R. P., Greene, P. A. Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis, *Clinical Psychology Review*, 59, 52-60.
- Goldstein, J. (2002). *One dharma: The emerging Western Buddhism*. San Francisco: Harper San Francisco.
- Gonzalez, A. (2015). The role of maternal executive function. *Canadian Psychology*, 56(1), 46-53. doi: 10.1037/cap0000019

- Goodson, B. D. (2005). *Programmes de soutien aux parents et développement des enfants.* Repéré à <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/Sanders-MorawskaFRxp.pdf>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. doi: 10.1007/s10862-008-9102
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573. doi: 10.1080/026999399379186
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Hale, L., Strauss, C., & Lever-Taylor, B. (2013). The effectiveness and acceptability of mindfulness-based therapy for obsessive compulsive disorder: A review of the literature. *Mindfulness*, 4(4), 375–382. doi: 10.1007/s12671-012-0137-y
- Harris, R. (2012). *Passez à l'ACT : pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement.* Paris : De Boeck.
- Hart, H., Radua, J., Nakao, T., Mataix-Cols, D., & Rubia, K. (2013). Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: Exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. *Journal of the American Medical Association*, 309(2), 185–198. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.277
- Hastings, R. P. (2002). Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27, 149–160. doi: 10.1080/1366825021000008657
- Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J. M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 76-94. doi: 10.1007/s10826-013-9815-1

- Haydicky, J., Wiener, J., & Shecter, C. (2017). Mechanisms of action in concurrent parent-child mindfulness training: A qualitative exploration. *Mindfulness*, 8, 1018-1035. doi: 10.1007/s12671-017-0678-1
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
- Hayes, S., Strosahl, K. D., & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31, 37-61.
- Heeren, A. (2011). *Pleine conscience et acceptation : les thérapies de la troisième vague*. Bruxelles : De Boeck.
- Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 403-409. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.017
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. Hoboken: Wiley.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, & Oh, D. (2010). The effect of Mindfulness-Based Therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555
- Hölzer, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559. doi: 10.1177/1745691611419671
- Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., & Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, 421(1), 16–21. doi: 10.1016/j.neulet.2007.04.074
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. France : Éditions Erès
- Impett, E. A., Kogan, A., English, T., John, O., Oveis, C., Gordon, A., & Keltner, D. (2012). Suppression sours sacrifice: Emotional and relational costs of suppressing emotions in romantic relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 707-720. doi:10.1177/0146167212437249

- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1333. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183–207. doi: 10.1023/A:1017592030434.
- Kabat-Zinn, J., (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New-York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-146. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Kang, C., & Whittingham, K. (2010). Mindfulness: A dialogue between Buddhism and clinical psychology. *Mindfulness*, 1(3), 161-173.
- Kang, Y., Gruber, J., & Gray, J. R. (2013). Mindfulness and De-Automatization. *Emotion Review*, 5, 192-201. doi: 10.1177/1754073912451629
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: A systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23–52. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000323
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Kennis, M., Rademaker, A. R., & Geuze, E. (2013). Neural correlates of personality: An integrative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(1), 73–95. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.10.012
- King, A. P., Erickson, T. M., Giardino, N. D., Favorite, T., Rauch, S. A. M., Robinson, E., ..., & Liberzon, I. (2013). A pilot study of group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for combat veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Depression and Anxiety*, 30(7), 638-645. doi: 10.1002/da.22104
- Komagata, N., & Komagata, S. (2010). *Mindfulness and Flow Experience*. Récupéré le 20 mai 2013 : <<http://nobo.komagata.net/pub/Komagata+10-MindfulnessFlow.html>>.
- Lach, L. M., Kohen, D. E., Garner, R. E., Brehaut, J. C., Miller, A. R., Klassen, A. F., & Rosenbaum, P. L. (2009). The health and psychosocial functioning of caregivers of

- children with neurodevelopmental disorders. *Disability and Rehabilitation*, 31(8), 607–618. doi: 10.1080/09638280802242163
- Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Devenir*, 21, 31-60. doi: 10.3917/dev.091.0031
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2003). The importance of parenting during childhood for school-age development. *Developmental Neuropsychology*, 24 (2-3), 559-591. doi : 10.1080/87565641.2003.9651911
- Langer, A., Cangas, A. J., Salcedo, E., & Fuentes, B. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 105-109. doi: 10.1017/S1352465811000464
- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G., & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, 11(7), 1581–1585. doi: 10.1097/00001756-200005150-00041
- Lazar, S.W. (2013). The neurobiology of mindfulness. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (dir.) *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 282-295). New York: Guilford Press.
- Le, B. M., & Impett, E. A. (2016). The costs of suppressing negative emotions and amplifying positive emotions during parental caregiving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(3), 323-336. doi: 10.1177/0146167216629122
- Liu, X., Lin, X., Heath, M. A., Zhou, Q., Ding, W., & Qin, S. (2018). Longitudinal linkages between parenting stress and oppositional defiant disorder (ODD) symptoms among Chinese children with ODD. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/fam0000466
- Luberto, C., Cotton, S., Mcleish, A. C., Mingione, C. J., & O'Bryan, E. M. (2013). Mindfulness skills and emotion regulation: The mediating role of coping self-efficacy. *Mindfulness*, 5(4). doi: 10.1007/s12671-012-0190-6
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Levejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parenting: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Lutz, A. (2012). Le cerveau méditatif : les neurosciences mettent en évidence les changements cérébraux qui interviennent pendant la méditation, et qui favorisent la conscience, l'attention et la compassion. *Cerveau & Psycho*, 52, 27-33.
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., Davidson, R. J. (2008). Regulation of the

- neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLoS ONE*, 3, e1897. doi:10.1371/journal.pone.0001897
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology* (4^eed., vol. 4, pp. 1–101). New York: Wiley.
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 8. doi: 10.3389/fnins.2013.00008
- Martin, C. (2004). *La parentalité en question, perspectives sociologiques : rapport pour le haut conseil de la population et de la famille*. France : Haut Conseil de la Population et de la Famille
- May, L. M., Reinka, M. A., Tipsord, J. M., Felver, J. C., & Berkam, E. T. (2016). Parenting an early adolescent: A pilot study examining neural and relationship quality changes of mindfulness intervention. *Mindfulness*, 7, 1203–1213. doi: 10.1007/s12671-016-0563-3
- McGrath, A. (2013). Links between the conduct of carers and clients' challenging behaviour. *Learning Disability Practice*, 16, 30–32.
- McIntyre, R., & Hennessy, E. (2012). “He’s just enthusiastic. Is that such a bad thing?” Experiences of parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(1), 65–82. doi:10.1080/13632752.2012.652428.
- Meppelink, R., de Bruin, E. I., Wanders-Mulder, F. H., Vennik, C. J., & Bögels, S.M. (2016). Mindful parenting training in child psychiatric settings: Heightened parental mindfulness reduces parents’ and children’s psychopathology. *Mindfulness*, 7(3), 680–689. doi : 10.1007/s12671-016-0504-1
- Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Sala, L., & Siobud-Dorocant, E. (2012). *Mener une démarche de pleine conscience : approche MBCT*. Paris : Dunod.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., & Wager, T.D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex ‘frontal lobe’ tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49–100
- Modesto-Lowe, V., Chaplin, M., Godsay, V., & Soovajian, V. (2014). Parenting teens with attention-deficit/hyperactivity disorder: Challenges and opportunities. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 53(10), 943–948. doi: 10.1177/0009922814540984

- Mooneyham, B., & Schooler, J. (2013). Costs and benefits of mind-wandering: A Review. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 67(1), 11-8. doi: 10.1037/a0031569
- Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176–186. doi: 10.1016/j.concog.2008.12.008
- Morelen, D., Shaffer, A., & Suveg, C. (2016). Maternal emotion regulation: Links to emotion parenting and child emotion regulation. *Journal of Family Issues*, 37, 1891–1916. doi: 10.1177/0192513X14546720
- Nader-Grobois, N. (2007). *Régulation, autorégulation, dysrégulation*. Bruxelles : Mardaga.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117, 48–66. doi: 10.1352/1944-7558-117.1.48
- Newberg, A., & Walman, M. R. (2009). *How God changes your brain: Breakthrough findings from a leading neuroscientist*. New York: Ballantine Books.
- Ngô, T. L. (2013). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 35-63.
- Nigg, J. T. (2017). Annual research review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 361-383. doi:10.1111/jcpp.12675
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28, 692–708. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.003
- Norman, D. A., & Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior. In R. J. Davidson, G. E. Schwartz, & D. Consciousness and self-regulation: Advances in research and theory (vol. 4, pp. 1-18). New York: Plenum Press.
- Ochsner, K. N., Silvers, J. A., & Buhle, J. T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1), E1–E24. doi: 10.1111/j.1749-6632.2012.06751.x.

- Oler, J. A., Fox, A. S., Shelton, S. E., Rogers, J., Dyer, T. D., Davidson, R. J., ... Kalin, N. H. (2010). Amygdalar and hippocampal substrates of anxious temperament differ in their heritability. *Nature*, 466, 864–868. doi: 10.1038/nature09282
- Opialla, S., Lutz, J., Sherpiet, S., Hittmeyer, A., Jancke, L., Rufer, M., ..., Bruhl, A. B. (2015). Neural circuits of emotion regulation: A comparison of mindfulness-based and cognitive reappraisal strategies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(1), 45-55. doi: 10.1007/s00406-014-0510-z
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F. (2017). Mindfulness mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156-178.
- Pepping, C. A., O'Donovan, A., & Davis, P. J. (2013). The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*, 8(5), 376-386. doi: 10.1080/17439760.2013.807353
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescent: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932. doi: 10.1037/dev0000295
- Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Predictors of care-giver stress in families of preschool aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 109–124. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00829.x
- Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2007). Research on attention networks as models for the integration of psychological science. *Annual Review of Psychology*, 58, 1-23. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085516
- Posner, M. I., & Snyder, C. R. R. (2004). Attention and Cognitive Control. In D. A. Balota & E. J. Marsh (Eds.), *Key readings in cognition. Cognitive psychology: Key readings* (pp. 205-223). New York: Psychology Press.
- Potharst, E. S., Baartmans, J. M. D., & Bögels, S. M. (2018). Mindful parenting training in a clinical versus non-clinical setting: An explorative study. *Mindfulness*. doi: 10.1007/s12671-018-1021-1
- Power, J. D., & Peterson, S. E. (2013). Control-related systems in the human brain. *Current opinion in neurobiology*, 23(2), 223-228. doi: 10.1016/j.conb.2012.12.009
- Putnick, D. L., Bornstein, M. H., Hendricks, C., Painter, K. M., Suwalsky, J. T. D., & Collins, W. A. (2008). Parenting stress, perceived parenting behaviors, and adolescent self-concept in European American families. *Journal of Family Psychology*, 22, 752–762. doi:10.1037/a0013177.

- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems-a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(10), 99-111. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410-424. doi: 10.1037/0022-3514.79.3.410
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 172-178. doi: 10.1093/clipsy/bpg020
- Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2018). *Le burn-out parental : comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*. Bruxelles : De Boeck.
- Rothbart, M. K., & Posner, M. I. (1985). Temperament and the development of self-regulation. In L. Hartlage & C. F. Telzrow (Eds.), *The neuropsychology of individual differences: A developmental perspective* (pp. 93-123). New York: Plenum.
- Rothbaum, F., & Weisz, J. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 116(1), 55-74. doi: 10.1037//0033-2909.116.1.55
- Sameroff, A. J., & MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15, 613-640. doi: 10.1017/S0954579403000312
- Sanders, M. R., & Morawska, A. (2006). *Peut-on améliorer les résultats des enfants en modifiant les connaissances des parents, leurs attentes dysfonctionnelles et la régulation de leurs émotions ?* Repéré à <http://www.enfant-encyclopedia.com/Pages/PDF/Sanders-MorawskaFRxp.pdf>
- Sawyer Cohen, J. A., & Miller, L. J. (2009). Interpersonal Mindfulness Training for well-being: A pilot study with psychology graduate students. *Teachers College Record* (in press).
- Sawyer, M. G., Bittman, M., La Greca, A. M., Crettenden, A. D., Borojevic, N., Raghavendra, P., & Russo. (2011). Time demands of caring for children with cerebral palsy: What are the implications for maternal mental health? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(4), 338-343. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03848.x.
- Sears, R. W., Tirch, D. D., & Denton, R. B. (2011). *Mindfulness in clinical practice*. Floride: Professional Resource Press.

- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale (2002). *MBCT for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles : De Boeck
- Shaffer, A., & Obradovic, J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent-child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology, 31*(2), 150-159. doi: 10.1037/fam0000269
- Shallice, T., & Burgess, P. (1996). The domain of supervisory processes and temporal organization of behavior. *Philosophical Transactions: Biological Sciences, 351*, 1405-1412. doi: 10.1098/rstb.1996.0124
- Shapiro, S., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanism of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 3, 373-386. doi: 10.1002/jclp.20237
- Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review, 84*(2), 127-190. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.127
- Simmonds, D. J., Pekar, J. J., & Mostofsky, S. H. (2008). Meta-analysis of Go/No-go tasks demonstrating that fMRI activation associated with response inhibition is task-dependent. *Neuropsychologia, 46*(1), 224–232. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2007.07.015
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development, 7*(3), 269-281.
- Smeets, T., Dziobek, I., & Wolf, O. T. (2009). Social cognition under stress: Differential effects of stress-induced cortisol elevations in healthy young men and women. *Hormones and Behavior, 55*(4), 507-513.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(6), 696–702. doi: 10.1097/00004583-200206000-00009
- Stewart-Brown, S. (2008). Improving parenting: the why and the how. *Archives of Disease in Childhood, 93*(2), 102–104. doi: 10.1136/adc.2006.113522
- Stiefel, I., & Renner, P. (2004). Beyond Behaviour — The importance of communication and connection in parenting 'defiant' children: Pilot study and program.

Communication and Connection in Parenting 'Defiant' Children, 25(2), 84-93. doi: 10.1002/j.1467-8438.2004.tb00590.x

Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S., & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent-infant interactions: Psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 262-287. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01731.x

Tang, Y. Y., Hölzel, B.K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225. doi: 10.1038/nrn3916

Tang, Y. Y., Lu, Q., Geng, X., Stein, E. A., Yang, Y., & Posner, M. I. (2010). Short-term meditation induces white matter changes in the anterior cingulate. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(35), 15649-15652. doi: 10.1073/pnas.1011043107

Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 104, 17152-17156. doi: 10.1073/pnas.0707678104

Thayer, J. F., & Lane, R. D. (2009). Claude Bernard the heart-brain connection: Further elaboration of a model of neurovisceral integration. *Neurosciences Biobehavioral Review*, 33(2), 81-88. doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.08.004

Travis, F., Haaga, D. A. F., Hagelin, J., Tanner, M., Nidich, S., Gaylord-King, C., ..., Schneider, R. H. (2009). Effects of transcendental meditation practice on brain functioning stress reactivity in college students. *International Journal of Psychophysiology*, 71(2), 170-176. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2008.09.007

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

Urfer, F. M., Achim, J., Terradas, M. M., & Ensink, K. (2014). Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : perspectives théorique et clinique. *Devenir*, 26(3), 227-251.

van der Meer, D., Hartman, C. A., Pruim, R. H. R., Mennes, M., Heslenfeld, D., Oosterlaan, J., ..., Hoekstra, P. J. (2016). The interaction between 5-HTTLPR and stress exposure influences connectivity of the executive control and default mode brain networks. *Brain Imaging and Behavior*, 11(5), 1486-1496. doi: 10.1007/s11682-016-9633-3

- van der Oord, S., Bogels, S. M., & Peijnenburg D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*, 21(1):139–147. doi: 10.1007/s10826-011-9457-0
- van Veen, V., & Carter, C.S. (2002). The anterior cingulate as a conflict monitor: FMRI and ERP studies. *Physiology & Behavior*, 77, 477–482. doi: 10.1016/S0031-9384(02)00930-7
- Wachs, K., & Cordova, J. V. (2007). Mindful Relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 464-481. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00032.x
- Weinstein, N., Brown, K. W., & Richard, M. R. (2011). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*, 43, 374-385. doi: 10.1016/j.jrp.2008.12.008
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302–312. doi: 10.1207/s15374424jccp1904_2.
- Whitmer, A. J., & Banich, M. T. (2007). Inhibition versus switching deficits in different forms of rumination. *Psychological science*, 18(6), 546-553. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01936.x
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H. L. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(6), 969-981.
- Zeytinogle, S., Calkins, S. D., Swingler, M. M., & Leerkes, E. M. (2017). Pathways from maternal effortful control to child self-regulation: The role of maternal emotional support. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 170-180. doi: 10.1037/fam0000271

Appendice A

Traduction libre du *Interpersonal Mindfulness in Parenting scale (IM-P)*

Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (version française)

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

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

Sensibilité et attention au moment présent : questions 1*-3-6-9*

Non-jugement : questions 4-7-10*

Non-réactivité : questions 2-5*-8

*Les items doivent être inversés

Appendice B
Guide d'entretien pour l'évaluation qualitative

Guide d'entretien pour l'évaluation qualitative

Points à aborder en rencontre pré-intervention et post-intervention

1. Qualitativement, comment décririez-vous votre façon de réagir face à vos émotions ?

2. Qualitativement, jugez-vous porter attention au moment présent de façon intentionnelle (sans automatisme) et sans jugement (prendre les expériences comme elles sont sans évaluation bon/mauvais) ?

Points à aborder en rencontre post-intervention

1. Comment avez-vous trouvé votre expérience ? ou Qu'avez-vous le plus apprécié et le moins apprécié, toujours en vous référant à votre expérience et non pas à la structure ou au contenu du programme ? ou Que retirez-vous de cette expérience ? ou Comment cette expérience vous parle ?

2. Que constatez-vous qui a changé ou qui est resté pareil ? et Comment décririez-vous votre attitude face aux comportements problématiques de votre enfant avant le programme versus après ? et Quelles sont vos impressions quant à vos habiletés parentales actuelles versus antérieures ?

3. Quels sont les principaux obstacles que vous avez rencontrés durant le programme ? et Comment les avez-vous surmontés ? et Quelles difficultés sont toujours présentes ?