UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INFLUENCE DES SERVICES ÉDUCATIFS ET DE RÉADAPTATION SUR LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE DE MÈRES FRANCOPHONES D'ENFANTS AYANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CHANELLE LEFEBVRE

JUIN 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, Jacques Forget. Merci de m'avoir accueilli à bras ouverts dans ton laboratoire dès la thèse d'honneur, de m'avoir donné la chance de faire un doctorat en psychologie et d'avoir vu en moi l'étoffe d'une chercheuse. Merci pour les conversations enrichissantes et le soutien. Ce fut un réel plaisir de collaborer avec toi durant toutes ses années! Je tiens à remercier Philippe Valois qui a grandement contribué à la réalisation de cette thèse. Un grand merci pour tes commentaires et tes idées! Je tiens aussi à souligner la contribution de mon comité de thèse : Dre Georgette Goupil, Dre Isabelle Roskam et Dre Julie Leclerc. Vos commentaires et suggestions ont grandement amélioré la qualité de cette thèse.

Je tiens à remercier tous les parents qui ont participé aux études, sans vous, cette thèse n'aurait pas vu le jour. Je tiens aussi à remercier l'organisme Thèsez-vous qui a su me fournir un espace propice à la rédaction. J'aimerais souligner l'appui financier du Fonds de Recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC) qui m'a permis de me consacrer entièrement à mes études.

Enfin, merci à ma mère qui a toujours cru en moi et qui m'a toujours poussée à me dépasser. Merci aussi à mes proches Alice, Juliette, Sarah, Billie, Lily-Rose, Liam, Léa, Antoine, Anne-Josée, Simon et Catherine, merci d'avoir été là pour moi et de m'avoir permis de me changer les idées. Sans vous, mon parcours doctoral n'aurait pas été aussi agréable. Un merci tout spécial à mon conjoint, mon meilleur ami, Jonathan. Sans ton soutien et ton amour inconditionnel durant toutes ses années, je n'y serais pas arrivée. Merci pour tout, je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX vii

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES viii

RÉSUMÉ ix

ABSTRACT xi

CHAPITRE I INTRODUCTION 1

1.1 Le sentiment d'auto-efficacité personnelle 1

1.2 Le sentiment de compétence parentale 3

1.2.1 Le sentiment de compétence parentale selon les caractéristiques du parent 4

1.2.2 Conséquences du sentiment de compétence parentale sur le parent 6

1.2.3 Conséquences du sentiment de compétence parentale sur l'enfant 7

1.2.4 Le sentiment de compétence parentale selon les difficultés de l'enfant 8

1.2.5 Le sentiment de compétence parentale des parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme 9

1.3 Les facteurs associés au sentiment de compétence parentale des parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme. 12

1.3.1 Le stress parental 12

1.3.2 Les symptômes dépressifs 13

1.3.3 Le fonctionnement familial 14

1.4 Les services obtenus par les familles d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme 15

1.4.1 Les services pour les enfants ayant un TSA 16

1.4.2 Les services pour les parents d'enfants ayant un TSA 19

1.4.3 Les services pour la fratrie des familles d'enfants ayant un TSA 20

1.5 Les outils mesurant le sentiment de compétence parentale 21

1.5.1 Toddler Care Questionnaire 21

1.5.2 Maternal Self-Efficacy Scale 22

1.5.3 Parenting Sense of Competence 23
1.5.4 Questionnaire sur le sentiment d'auto-efficacité parentale 24
1.5.5 Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale 25
1.5.6 Tableau récapitulatif 27
1.5.7 Sélection d'un instrument de mesure dans le cadre de la thèse 28
1.6 Rationnel de l'étude 30
1.7 Objectifs 32

CHAPITRE II VALIDATION OF A PARENTING SELF-EFFICACY SCALE WITH QUEBEC MOTHERS OF CHILDREN AGES 2 TO 12 34
2.1 Abstract 35
2.2 Résumé 36
2.3 Introduction 37
2.4 Method 39
2.4.1 Participants 39
2.4.2 Instruments 40
2.4.3 Procedure 40
2.4.4 Data Analysis 41
2.5 Results 42
2.5.1 Exploratory factor analysis 42
2.5.2 Confirmatory factor analyses 43
2.5.3 Mixed-effects model and reliability indices 44
2.6 Discussion 45
2.7 Références 47
2.8 Appendix 50

CHAPITRE III RELATIONSHIP BETWEEN PARENTING SELF-EFFICACY, SERVICES, DEPRESSIVE SYMPTOMS, PARENTING STRESS AND FAMILY FUNCTIONING AMONG QUEBEC MOTHERS OF CHILDREN WITH ASD 56
3.1 Abstract 57
3.2 Résumé 58
3.3 Introduction 59
3.4 Study 1 Objectives 63

3.5 Study 1 Method 64
3.5.1 Participants 64
3.5.2 Instrument 64
3.5.3 Procedure 66
3.5.4 Data analysis 67
3.6 Study 1 Results 67
3.7 Study 1 Discussion 68
3.8 Study 2 Objective 70
3.9 Study 2 Method 70
3.9.1 Participants 70
3.9.2 Instruments 71
3.9.3 Procedure 72
3.9.4 Data analysis 72
3.10 Study 2 Results 73
3.11 Study 2 Discussion 73
3.12 General Discussion 74
3.13 Conclusion 77
3.14 References 78
3.15 Appendix 85

CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE 91
4.1 Synthèse des résultats 92
4.1.1 Article 1 : Adaptation et validation de l'Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale auprès de mères québécoises d'enfants âgés de 2 à 12 ans (ang. *Validation of a Parenting Self-Efficacy Scale with Quebec Mothers of Children from 2 to 12 years old*) 92
4.1.2 Article 2 : Relations entre le sentiment de compétence parentale, les services, les symptômes dépressifs, le stress parental et le fonctionnement familial chez des mères québécoises d'enfants ayant un TSA (ang. *Relationship between parenting self-efficacy, services, depressive symptoms, parenting stress and family functioning among Quebec mothers of children with ASD*) 94
4.2 Considérations méthodologiques 102
4.2.1 Contributions de la thèse 102

4.2.2 Limites 104
4.3 Perspectives futures 107

APPENDICE A QUESTIONNAIRES 116

APPENDICE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 1 125

APPENDICE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 2 132

APPENDICE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 3 139

APPENDICE E CERTIFICATS DU COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL 146

APPENDICE F AFFICHE DE RECRUTEMENT DE L'ÉTUDE 1 150

APPENDICE G AFFICHE DE RECRUTEMENT DE L'ÉTUDE 2 152

APPENDICE H AFFICHE DE RECRUTEMENT DE L'ÉTUDE 3 154

APPENDICE I ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE *THE JOURNAL OF CHILD AND FAMILY STUDIES* 156

APPENDICE J ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE *THE JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS* 158

RÉFÉRENCES 160

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
2.1	Participants characteristics	50
2.2	Means and standard deviation of the EGSCP	51
2.3	Item loadings of the factorial exploratory analysis	52
2.4	Coefficient loadings of model 1	53
2.5	Coefficient loadings of model 2	54
2.6	Regression coefficients of the model with dichotomous variable	55
3.1	Participants characteristics of study 1 (N = 212)	85
3.2	Means, standard deviations, and correlations with confidence intervals (N = 212)	86
3.3	Regression coefficients of the model of study 1	87
3.4	Participants characteristics of study 2 (N = 109)	88
3.5	Targets of their current services (n (%))	89
3.6	Regression coefficients of the model of study 2	90

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ABA	Applied behavior analysis
ASD	Autism spectrum disorder
BDI-SF	Beck Depression Inventory – Short Form
CRDITED	Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
EGSCP	Échelle globale du sentiment de compétence parentale
IBI	Intensive behavioural intervention
ICI	Intervention comportementale intensive
GF12	General Functioning 12-item subscale
PECS	Picture Exchange Communication System
PSE	Parenting self-efficacy
PSI-SF	Parenting Stress Index – Short Form
SCP	Sentiment de compétence parentale
SAEP	Sentiment d'auto-efficacité personnel
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children
TDAH	Trouble de l'attention avec hyperactivité
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

RÉSUMÉ

Le sentiment de compétence parentale (SCP) est la perception du parent quant à sa compétence dans son rôle. Cette variable est liée au bien-être des parents et aux comportements qu'ils adoptent lors d'interactions avec leur enfant. Le SCP est lié, entres autres, au stress parental, aux symptômes dépressifs et au fonctionnement familial. L'intensité de ce sentiment peut également être influencée par plusieurs facteurs, dont la présence ou non de difficultés chez l'enfant. Ainsi, il s'agit d'une variable importante à étudier. Selon plusieurs études, les parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ont souvent un SCP significativement plus faible que les parents d'enfants tout-venant. Les parents d'enfants ayant un TSA reçoivent généralement des services ou sont en attente de services. Au Québec, compte tenu de l'augmentation croissante de la demande de services, il n'est pas rare que les parents soient plusieurs mois sur une liste d'attente. Les services offerts aux familles sont multiples et peuvent être éducatifs, tels les programmes d'habiletés parentales, ou de réadaptation, comme l'intervention comportementale intensive. Le SCP semble être influencé par l'obtention de ces services puisque certaines études montrent que cette variable augmente à la suite d'un programme d'habiletés parentales. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné l'influence de tous les services confondus sur le SCP de parents québécois d'enfants ayant un TSA. Les instruments mesurant le SCP sont majoritairement anglophones et seulement deux sont disponibles en français. L'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence* est le seul instrument francophone validé à ce jour, mais l'étude de validation a été effectuée auprès de parents belges.

L'objectif principal de la thèse est de déterminer l'effet des services reçus par les familles d'enfants ayant un TSA sur le SCP. L'objectif se divise en trois études regroupées en deux articles. Le premier article, intitulé « *Validation of a Parenting Self-Efficacy Scale with Quebec Mothers of Children ages 2 to 12*», porte sur la première étude. L'objectif de la première étude (N = 978) est d'adapter et de valider l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence* auprès de parents québécois. Le deuxième article, intitulé « *Relationship between services, depressive symptoms, parenting stress, family functioning and parenting self-efficacy among Quebec mothers of children with ASD* », regroupe la deuxième et la troisième étude. Les objectifs de la deuxième étude (N = 212) sont d'évaluer si le SCP des parents d'enfants ayant un TSA en attente de services est différent de celui des parents qui reçoivent un service, ainsi que d'examiner l'influence du stress parental, des symptômes dépressifs et du fonctionnement familial sur le SCP. L'objectif de la troisième étude (N = 109) est de

voir l'influence de différentes cibles (p.ex., services en groupe, services orientés vers le parent) des services sur le SCP. Cette thèse est divisée en quatre chapitres. Le premier chapitre présente une introduction permettant de situer le lecteur quant à la problématique ayant mené à la réalisation des études. Le deuxième et le troisième chapitre présentent respectivement les articles 1 et 2. Le quatrième chapitre présente une discussion proposant une synthèse des résultats de la thèse, des considérations méthodologiques et des perspectives de recherches futures.

Mots-clés : sentiment de compétence parentale, trouble du spectre de l'autisme, services, échelle globale du sentiment de compétence parentale, famille, stress parental, fonctionnement familial.

ABSTRACT

Parenting self-efficacy (PSE) is the parent's self-perceived competence in their role. This variable is associated to the parents' well-being and the behaviors they adopt when interacting with their child. PSE is associated, among other things, with parental stress, depressive symptoms and family functioning. The intensity of this feeling can also be influenced by several factors, including the presence or absence of child's difficulties. Thus, this is an important variable to examine. Studies showed that parents of children with autism spectrum disorder (ASD) could have a significantly lower PSE than parents of typically developing children. These parents are generally receiving or waiting for services. In Quebec, given the increasing demand for services, it is not uncommon for parents to be on a waiting list for several months. There are multiple services available to the families. These can be educational, such as parenting skill programs, or rehabilitation services, such as intensive behavioural intervention. PSE appears to be influenced by these services since some studies showed that this variable increases following a parenting skills program. To our knowledge, no studies have examined the influence on PSE of all combined services of Quebec parents of children with ASD. Many English scales are available to measure PSE, but only two were originally developed in French. The *Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* is the only one with available psychometric data and was originally validated with Belgian parents.

The main objective of the thesis is to determine the influence on PSE of the services received by families of children with ASD. The objective is divided into three studies grouped into two articles. The first article, entitled "*Validation of a Parenting Self-Efficacy Scale with Quebec Mothers of Children ages 2 to 12*" focuses on the first study. The objective of the first study (N = 978) is to adapt and validate the *Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* with Quebec parents. The second article entitled "*Relationship between services, depressive symptoms, parenting stress, family functioning and parenting self-efficacy among Quebec mothers of children with ASD*" combines the second and third studies. The objectives of the second study (N = 212) are to evaluate with Quebec parents the influence on PSE of receiving services or being on a waiting list, as well as the influence on PSE of depressive symptoms, parenting stress and family functioning. The objective of the third study (N = 109) is to examine the influence on PSE of different targets (e.g., group services, parent-oriented services) of services. This thesis is divided into four chapters. The first chapter provides an introduction to situate the reader with respect to the problematic that led to the studies.

The second and third chapters respectively present articles 1 and 2. The fourth chapter presents a discussion that includes a synthesis of the results of the thesis, clinical and methodological considerations and propositions for future research.

Keywords: Parenting self-efficacy; Autism spectrum disorder; Services; Échelle globale du sentiment de compétence parentale; Family; Parenting stress; Family functioning.

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1.1 Le sentiment d'auto-efficacité personnelle

Le sentiment d'auto-efficacité personnelle (SAEP) est un thème intéressant de nombreux chercheurs, notamment Bandura (1977), qui a proposé le concept il y a plusieurs décennies. Bandura définit ce sentiment comme étant la perception de la personne de ses propres capacités à accomplir avec succès une tâche. Il explique que le sentiment d'auto-efficacité n'est pas une caractéristique générale et permanente, mais bien une caractéristique qui varie selon les contextes et les domaines d'activités dans lesquels une personne peut s'engager (Bandura, 1997). Conséquemment, il affirme qu'une mesure spécifique du concept est préférable à une mesure globale puisqu'une telle mesure est souvent imprécise et trop vaste (Bandura, 1997).

Bandura rapporte que plus le SAEP est élevé, plus la personne met des efforts dans la tâche et plus les probabilités de succès dans celle-ci sont élevées (Bandura, 1997). Aussi, Bandura indique qu'un SAEP élevé est lié à la résilience et à la persévérance et un SAEP faible est lié au stress et à la dépression. Selon la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977), le SAEP est construit et modifié par quatre sources d'information : l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante, la persuasion verbale et les états physiologiques et émotionnels. L'expérience active de maîtrise réfère aux expériences de succès de l'individu concernant un comportement donné. Il s'agit de la source

d'information ayant le plus d'influence sur le SAEP. Ainsi, plus l'individu vit des succès, plus il croit en sa compétence à accomplir ce comportement et plus son SAEP est élevé. Inversement, plus il vit des échecs, moins il croit en ses capacités et plus son SAEP est faible. L'expérience vicariante correspond à l'apprentissage par l'observation des pairs. En observant ses pairs réussir ou échouer un comportement donné, l'individu peut alors juger de sa propre capacité à accomplir ce même comportement. Les réussites des autres ont tendance à augmenter le SAEP de l'individu qui les observe et leurs échecs ont tendance à diminuer son SAEP. La persuasion verbale réfère aux suggestions verbales (p.ex., avertissements, conseils, commentaires) amenant l'individu à croire qu'il a les capacités d'accomplir un comportement donné. L'influence de cette source d'information sur les croyances de l'individu est plutôt faible, surtout si elle n'est pas accompagnée d'expériences de succès. Les états physiologiques et émotionnels peuvent avoir un effet sur la performance d'un individu dans un comportement donné. Ainsi, si l'individu associe des états aversifs (p.ex., l'anxiété) à une moins bonne performance dans un comportement donné, il peut alors douter de ses capacités à accomplir ce comportement. D'un autre côté, il aura tendance à croire davantage en ses compétences s'il ne vit pas d'états aversifs.

Pour illustrer les quatre sources d'information du SAEP, prenons l'exemple de la parentalité (Mouton et al., 2017). Pour le parent, l'expérience active de maîtrise correspond aux succès et aux échecs vécus dans sa relation avec son enfant. Par exemple, toutes les fois que le parent a réussi, ou non, à calmer son enfant après une crise peuvent augmenter ou diminuer son SAEP lié à la parentalité. L'expérience vicariante réfère à l'observation des autres parents, les plus influents étant ceux faisant partie de la famille (p.ex, partenaire de vie, grands-parents) ou des proches (p.ex., amis proches, parents des amis de l'enfant). La persuasion verbale correspond aux commentaires fournis par les proches dont le point de vue compte pour le parent (p.ex., partenaire de vie, enseignant de l'enfant). Les commentaires peuvent être liés aux comportements de l'enfant, à la relation parent-enfant ou aux caractéristiques de

l'enfant. Par exemple, le SAEP lié à la parentalité peut être augmenté par l'enseignant qui mentionne au parent que son enfant se comporte très bien en classe. D'un autre côté, le SAEP du parent peut être diminué par un ami de la famille qui mentionne que l'enfant n'est pas très bien élevé. Les états physiologiques et émotionnels réfèrent aux émotions pouvant être ressenties par le parent lorsqu'il interagit avec son enfant. Par exemple, un enfant qui fait régulièrement des crises à l'heure du coucher peut amener, au fil du temps, le parent à ressentir de la frustration ou de l'anxiété lorsque l'heure du coucher approche. Ces émotions représentent une anticipation d'une éventuelle interaction négative avec l'enfant, ce qui aura pour effet de diminuer la perception du parent en sa capacité à pouvoir surmonter les difficultés liées à l'heure du coucher.

1.2 Le sentiment de compétence parentale

Le SAEP lié à la parentalité est appelé le sentiment de compétence parentale (SCP). Une recherche de 1977 à 2016 dans les bases de données *Psycinfo, Eric* et *Google Scholar* n'a pas permis d'identifier le premier auteur à avoir utilisé ce terme. Les mots clés suivants ont été utilisés : « sentiment de compétence parentale », « sentiment d'auto-efficacité parentale », « sentiment d'efficacité parentale », « auteur », « concept » et « définition ». Les auteurs ne semblent toutefois pas s'entendre sur le terme à utiliser pour identifier ce concept, utilisant par exemple les termes « sentiment d'auto-efficacité parentale » ou « sentiment de compétence parentale » (Beaulieu et al., 2014; Meunier & Roskam, 2009). Compte tenu de l'utilisation fréquente du terme SCP dans les écrits francophones, ce terme sera utilisé tout au long de la thèse.

Le SCP se définit comme étant la perception du parent quant à sa compétence dans son rôle (Coleman & Karraker, 2003). Ce concept doit être distingué de la compétence parentale et de l'estime de soi parentale. La compétence parentale réfère aux habiletés

(attitudes et comportements) du parent à répondre aux besoins de son enfant et cette compétence est jugée par autrui (Cardinal, 2010). L'estime de soi parentale est la perception du parent lui-même quant à sa valeur dans son rôle (Wittkowski et al., 2017). Coleman et Karraker (1997) précisent que le SCP se divise en trois dimensions : le SCP lié à des tâches spécifiques, le SCP lié à des domaines spécifiques et le SCP général. Le SCP lié à des tâches spécifiques est le sentiment de compétence ressenti par le parent lorsqu'il accomplit certaines tâches liées à l'enfant (p. ex., calmer son enfant; Teti & Gelfand, 1991). Le SCP lié à des domaines spécifiques réfère au sentiment de compétence ressenti par le parent dans différents domaines (p. ex., l'apprentissage et le jeu; Coleman & Karraker, 2003). Le SCP général réfère au sentiment de compétence global ressenti par le parent (Dumka et al., 1996).

1.2.1 Le sentiment de compétence parentale selon les caractéristiques du parent

Chaque parent n'a pas le même SCP. Une étude auprès de 67 mères montre que les mères plus âgées ont un SCP plus élevé que les mères plus jeunes (Vance et al., 2020). Coleman et Karraker (2000) ont examiné le SCP de 145 mères d'enfants d'âge scolaire et ont trouvé que les mères ayant un SCP élevé avaient un niveau de scolarisation plus élevé que les mères ayant un faible SCP. Des études révèlent que les pères et les mères pourraient diverger sur le plan du SCP (Belchic, 1995; Gilmore & Cuskelly, 2009; Meunier & Roskam, 2009; Salonen et al., 2009), mais les résultats varient considérablement d'une étude à l'autre. Notamment, l'étude de Gilmore et Cuskelly (2009) montre qu'en utilisant l'échelle *Parenting Sense of Competence*, instrument qui inclut une sous-échelle d'efficacité et une sous-échelle de satisfaction, auprès de 586 mères et 615 pères d'enfants âgés de moins de 18 ansles pères ont un sentiment de satisfaction plus élevé que les mères, tandis que les mères ont un plus grand sentiment d'efficacité que les pères. L'étude de Belchic (1995) auprès de 180 parents d'enfants

âgés de 3 à 18 ans s'est intéressée aux différences entre les parents d'enfants tout-venant, les parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et les parents d'enfants ayant un syndrome de Down. L'un des résultats de cette étude montre que les mères ont un plus grand sentiment d'efficacité que les pères, peu importe le diagnostic de l'enfant. Toutefois, l'auteure n'a pas trouvé de différence entre les pères et les mères sur le plan de la satisfaction. Salonen et ses collègues (2009) ont évalué le SCP de 961 mères et de 580 pères après la naissance de leur enfant. Les résultats de cette étude montrent que les mères ont un SCP plus élevé que les pères. L'étude de Meunier et Roskam (2009), réalisée auprès de 705 parents d'enfants âgés de 3 à 7 ans, révèle que les pères ont un SCP plus élevé que les mères dans le domaine de la discipline et que les mères ont un SCP plus élevé que les pères dans les domaines de l'affection et de la routine.

Ces différences observées chez les pères et les mères sur le plan du SCP peuvent être expliquées par les rôles de genre (Wood & Eagly, 2002). Selon la théorie biosociale, la socialisation des rôles de genre amènerait les hommes et les femmes à adopter des comportements différents (Wood & Eagly, 2002). Traditionnellement, les hommes sont socialisés à être dominants, à s'affirmer et à ne pas ressentir d'émotions. D'un autre côté, les femmes sont socialisées à être responsables, à être obéissantes et à prendre soin des autres. Cette socialisation pourrait amener les mères et les pères à s'impliquer différemment dans la vie de leurs enfants. Une étude (Craig, 2006) auprès de 1450 pères et 1476 mères d'enfants âgés de moins de 12 ans s'est intéressée au temps passé à prendre soin des enfants. Les résultats montrent que les mères passent significativement plus de temps à prendre soin des enfants que les pères et que les mères s'occupent davantage des soins physiques (p.ex., donner le bain; Craig, 2006). Cette étude révèle aussi que les pères passent significativement moins de temps seuls avec les enfants. Ainsi, compte tenu de leur implication souvent différente auprès des enfants, il est important de faire la distinction entre les pères et les mères lorsque l'on s'intéresse au SCP. Cette distinction permet une représentation plus juste de la réalité des parents, améliorant ainsi la généralisation des résultats.

1.2.2 Conséquences du sentiment de compétence parentale sur le parent

Le SCP influence le parent sur divers plans. Le SCP est notamment lié aux comportements des parents (Coleman & Karraker, 1997; Jones & Prinz, 2005; Giallo et al., 2013) et à leur bien-être (Hassall et al., 2005; Hill & Rose, 2009; Kohlhoff & Barnett, 2013; Meunier & Roskam, 2009). Tout d'abord, les résultats d'une recension des écrits montrent que cette variable est liée positivement à la qualité des soins prodigués à l'enfant (Coleman & Karraker, 1997). De plus, des études rapportent que le SCP est lié aux pratiques parentales (Beaulieu & Normandeau, 2012; Jones & Prinz, 2005; Sanders & Woolley, 2005). L'étude de Sanders et Woolley (2005) auprès de 124 mères d'enfants âgés de 2 à 8 ans montre que différentes mesures du sentiment d'efficacité (le sentiment de compétence général, le SCP lié à des tâches spécifiques et le SCP lié à des domaines spécifiques) sont des prédicteurs de la surréactivité parentale (discipline sévère) et du laxisme (discipline inconsistante et permissive). Ainsi, les parents ayant un faible sentiment d'efficacité vont davantage utiliser ce type de pratiques parentales que les parents ayant un sentiment d'efficacité élevé.

L'étude de Beaulieu et Normandeau (2012) auprès de 110 parents d'enfants âgés de 6 à 9 ans ayant un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH) montre que les parents ayant un SCP élevé ont tendance à utiliser des pratiques parentales efficaces et positives, comme les félicitations et la discipline verbale positive. D'un autre côté, les parents ayant un faible SCP ont tendance à utiliser des pratiques parentales négatives, comme la punition physique et la discipline sévère et inconsistante. Aussi, Giallo et collaborateurs (2013) ont effectué une étude auprès de 982 parents d'enfants âgés de 0 à 4 ans portant sur l'implication des parents dans les diverses activités à la maison avec les enfants, telles que les jeux et l'apprentissage, et le lien entre le SCP, le bien-être parental et le tempérament de l'enfant. Ceux-ci montrent que le SCP est une variable modératrice du lien entre l'implication, le bien-être parental et le tempérament de

l'enfant. Ces auteurs expliquent qu'un parent peut, par exemple, vivre de la détresse et percevoir son enfant comme un enfant difficile, ce qui peut mener à un faible SCP et peut avoir un effet sur son implication dans les activités à la maison.

Le SCP est aussi lié au bien-être parental. Le SCP est corrélé négativement avec le stress parental (Hassall et al., 2005; Hill & Rose, 2009; Meunier & Roskam, 2009) et avec la détresse psychologique (Kohlhoff & Barnett, 2013; Sevigny & Loutzenhiser, 2010). L'étude de Kohlhoff et Barnett (2013) auprès de mères d'un premier enfant âgé de 0 à 12 mois montre que le SCP est inversement corrélé aux symptômes dépressifs (r = -0.452, p < 0.001) et aux symptômes anxieux (r = -0.404, p < 0.001) de la mère. Ainsi, plus le SCP de la mère est élevé, moins elle aura de symptômes dépressifs et anxieux. Le SCP influence donc divers comportements du parent et son bien-être, ce qui en fait une variable d'intérêt.

1.2.3 Conséquences du sentiment de compétence parentale sur l'enfant

Le SCP influence l'enfant et son développement sur divers plan. Une étude (Bojczyk et al., 2018) effectuée auprès de 112 mères d'enfants d'âge préscolaire montre qu'un SCP élevé est associé à la mise en place d'un environnement d'apprentissage plus positif à la maison (p. ex., plus d'opportunités d'apprentissage). Une autre étude (Warren et al., 2011) auprès de 271 enfants âgés de 4 à 17 ans recevant une psychothérapie observe que le SCP est lié au progrès de l'enfant. Un SCP élevé est associé à une plus grande amélioration des symptômes de l'enfant au cours de la psychothérapie (Warren et al., 2011).

Des études montrent que le SCP est lié à la compétence sociale de l'enfant (Junttila & Vauras, 2014; Junttila et al., 2007). L'étude de Junttila et ses collègues (2007) réalisée auprès de 297 familles d'enfants fréquentant l'école primaire révèle que le SCP est lié

positivement à la compétence sociale de l'enfant telle que perçue par les pairs (r = 0.15). Une étude longitudinale (Oro et al., 2017) auprès de 222 paires de jumeaux s'est intéressée au lien entre le SCP, l'émotivité de l'enfant et la disponibilité émotionnelle du parent. Les résultats de cette étude montrent que le SCP est lié négativement à l'émotivité négative de l'enfant et est lié positivement à la disponibilité émotionnelle du parent (Oro et al., 2017). En d'autres mots, plus le SCP est élevé, plus le parent soutient et reconnaît les émotions positives ou négatives de son enfant. Aussi, plus le SCP est élevé, moins l'enfant vit des émotions négatives comme la tristesse et la colère.

Le SCP est également lié à l'attachement du parent envers son enfant (Goodman & Glenwick, 2012). L'étude de Goodman et Glenwick (2012) auprès de 106 parents d'enfants âgés de 2 à 10 ans ayant un TSA observe une relation positive entre le SCP et l'attachement de la mère (r = 0.66, p < 0.001) et du père (r = 0.71, p < 0.001) envers leur enfant. En d'autres mots, plus le SCP du parent est élevé, plus l'attachement affectif envers son enfant est élevé. Selon une étude (Heerman et al., 2017), le SCP serait même lié à l'adoption de comportements sains dans l'enfance. L'étude d'Heerman et ses collègues (2017) réalisée auprès de 601 dyades parent-enfant montre qu'un SCP élevé est associé à une plus grande durée du sommeil chez l'enfant et à moins de repas consommés devant la télévision. Ainsi, le SCP est associé à des variables pouvant affecter l'enfant et son développement.

1.2.4 Le sentiment de compétence parentale selon les difficultés de l'enfant

Le SCP semble différer selon les difficultés de l'enfant. Gross et ses collègues (1994) ont réalisé une étude longitudinale auprès de deux cohortes de 126 mères d'enfants âgés de moins de deux ans. Selon cette étude, le SCP est lié négativement à la perception de la mère du tempérament de son enfant : plus celle-ci perçoit le

tempérament de son enfant comme difficile, plus elle a un faible SCP. Dans leur recension des écrits, Jones et Prinz (2005) affirment que les parents d'enfants présentant des problèmes de comportements peuvent avoir une certaine difficulté à maintenir un sentiment de confiance élevé par rapport à leur efficacité en tant que parents. L'étude de Sanders et Wooley (2005) montre que les mères d'enfants ayant des problèmes de comportement ont un SCP plus faible que les mères d'enfants sans ce type de difficulté. Des études réalisées auprès de parents d'enfants ayant un TDAH ou un TSA (Belchic, 1995; Hahn, 2018; Mash & Johnston, 1983; Primack et al., 2012; Smart, 2016) révèlent que ces parents ont un SCP plus faible que les parents d'enfants tout-venant. Les parents d'enfants ayant des difficultés semblent donc avoir un SCP plus faible que les parents d'enfants tout-venant.

1.2.5 Le sentiment de compétence parentale des parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme

Les parents d'enfants ayant un TSA sont particulièrement à risque d'avoir un faible SCP, comme le révèle des études les comparant à des parents d'enfants tout-venant (Belchic, 1995; Hahn, 2018; Smart, 2016). Meirsschaut et ses collègues (2010) ont réalisé une étude auprès de mères ayant un enfant avec TSA et un enfant tout-venant et ont évalué les cognitions de celles-ci par rapport à leurs enfants (p. ex., sentiment de culpabilité, sentiment de contrôle). Cette étude auprès de 17 familles montre que les mères rapportent un SCP plus faible pour leur enfant ayant un TSA que pour leur enfant tout-venant. Ainsi, le SCP semble différer selon l'enfant et selon la présence ou non d'un diagnostic de TSA.

Selon quelques études (Rodrigue et al., 1990; Smart, 2016), les parents d'enfants ayant un TSA ont un SCP plus faible que les parents d'enfants ayant d'autres problématiques,

notamment le syndrome de Down. Rodrigue et ses collègues (1990) ont évalué le SCP de 60 mères d'enfants ayant un TSA, un syndrome de Down ou sans trouble diagnostiqué. Les résultats de cette étude montrent que les mères d'enfants ayant un TSA ont un SCP plus faible que les mères d'enfants n'ayant aucun diagnostic et un SCP plus faible que les mères d'enfants ayant un syndrome de Down. Smart (2016) a évalué et comparé le SCP de parents d'enfants ayant un TSA, un syndrome de Down, à la fois un TSA et un syndrome de Down, des troubles émotionnels ou du comportement, ou sans trouble diagnostiqué. Cette étude auprès de 598 participants montre que les parents d'enfants présentant des difficultés comportementales et émotionnelles plus sévères ont un SCP plus faible, peu importe le diagnostic de l'enfant. Les résultats de cette étude révèlent également que les parents d'enfants ayant un TSA ont un SCP plus faible que tous les autres parents, même lorsqu'ils sont comparés aux parents d'enfants ayant à la fois un TSA et un syndrome de Down. Selon Smart (2016), ce résultat peut être expliqué par ce que des auteurs appellent « l'avantage du syndrome de Down » et « le désavantage de l'autisme » (Fidler et al., 2000; Stoneman, 2007). En effet, les enfants ayant un TSA démontreraient moins leurs émotions et auraient moins tendance à faire de la validation sociale tandis que les enfants ayant un syndrome de Down seraient plus chaleureux et se montreraient plus sociables. Ainsi, les enfants ayant les deux diagnostics auraient à la fois l'avantage de l'un et le désavantage de l'autre. Par conséquent, les parents d'enfants ayant à la fois un syndrome de Down et un TSA ont un SCP plus élevé que les parents d'enfants ayant un TSA, mais moins élevé que les parents d'enfants ayant un syndrome de Down.

Les parents d'enfants ayant un TSA rencontrent plusieurs défis et obstacles pouvant expliquer leur faible SCP. Le TSA est un trouble neurodéveloppemental qui se caractérise par un déficit sur le plan de la communication et des interactions sociales, mais aussi par des comportements, des activités et des champs d'intérêt qui sont à la fois répétitifs et restreints (American Psychiatric Association, 2013). Le quotidien des parents d'enfants ayant un TSA peut être particulièrement difficile en raison des symptômes liés au TSA (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). En effet, les enfants ayant un TSA

présentent souvent des troubles du sommeil, des troubles liés à l'alimentation (p.ex., une sélectivité alimentaire), des troubles du comportement (p.ex., violence, automutilation), des comportements pouvant affecter leur sécurité (p.ex., inconscience du danger, fugues), une rigidité comportementale (p.ex., routine inflexible) et des rituels (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Conséquemment, ces caractéristiques particulières de l'enfant ayant un TSA peuvent complexifier le quotidien des parents et ainsi augmenter leur stress. Le lien d'attachement entre le parent et l'enfant ayant un TSA peut également être affecté (Teague et al., 2018). Une étude auprès de 49 dyades parent-enfant (Teague et al., 2018) montre que les enfants ayant un TSA ont un moins bon lien d'attachement que les enfants ayant d'autres troubles (p.ex., syndrome de Down, paralysie cérébrale). Les auteurs suggèrent comme piste d'explication que les difficultés sur le plan de la communication et des interactions sociales des enfants ayant un TSA pourraient affecter la qualité du lien d'attachement avec le parent.

Les parents d'enfants ayant un TSA rapportent également des difficultés liées aux sorties en public (Ryan, 2010). Ryan (2010) a réalisé une étude qualitative auprès de 46 parents d'enfants âgés de 3 à 53 ans ayant un TSA. Les parents expliquent que les réactions et les comportements de leur enfant ayant un TSA sont souvent imprévisibles et peuvent mener à des crises, notamment en raison de leur sensibilité à certains stimuli. Ces parents rapportent aussi redouter les sorties en public en raison du jugement des autres. En effet, il arrive fréquemment que leurs habiletés parentales soient remises en doute en raison des comportements de l'enfant, principalement parce qu'il n'existe aucun signe apparent indiquant la présence d'un TSA chez ce dernier. Les parents d'enfants ayant un TSA peuvent aussi vivre de la frustration et un sentiment d'échec lorsqu'ils utilisent des pratiques parentales habituellement efficaces avec des enfants tout-venant (Fields, 2006). En effet, ces pratiques s'avèrent généralement inefficaces auprès de ces enfants qui présentent souvent une certaine rigidité et des problèmes de comportement. Ainsi, les parents d'enfants ayant un TSA vivent plusieurs défis et obstacles pouvant affecter leur SCP au quotidien.

1.3 Les facteurs associés au sentiment de compétence parentale des parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme.

Divers facteurs sont associés au SCP des parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme. Notamment, des études montrent des liens entre le SCP et le stress parental (Kuhn & Carter, 2006; Lai, 2013) et entre le SCP et les symptômes dépressifs (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011). Des études ont également montré que le fonctionnement familial des parents d'enfants ayant un TSA peut être particulièrement affecté par la présence de ce diagnostic (Higgins et al., 2005; Gau et al., 2012; Rao & Bedel, 2009; Rodrigue et al., 1990).

1.3.1 Le stress parental

Le stress parental se réfère à un état de malaise psychologique vécu par le parent en lien avec l'éducation de son enfant (Abidin, 1986). Comme soulevé plus tôt, le SCP est lié négativement avec le stress parental, donc un stress parental élevé est associé à un faible SCP et un SCP élevé est associé à un faible stress parental (Hassall et al., 2005; Hill & Rose, 2009; Kuhn & Carter, 2006; Meunier & Roskam, 2009). Cette relation est notamment observée chez les parents d'enfants ayant un TSA (Kuhn & Carter, 2006; Lai, 2013). Lai (2013) a évalué le SCP et le stress parental de 69 parents d'enfants ayant un TSA âgés de 6 à 18 ans. Les résultats révèlent une forte corrélation négative entre le stress parental et le SCP (r = -0.73, p < 0.01) chez cette population. Une méta-analyse (Hayes & Watson, 2013) incluant 15 études réalisées entre 1989 et 2012 montrent que les parents d'enfants ayant un TSA ont un stress parental plus élevé que les parents d'enfants tout-venant et plus élevé que les parents d'enfants ayant un autre type de diagnostic (p. ex. syndrome de Down, trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité). Ainsi, le stress parental est une variable dont il faut tenir compte

puisqu'elle est liée au SCP et parce qu'elle est particulièrement importante chez les parents d'enfants ayant un TSA.

1.3.2 Les symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs sont nombreux et peuvent varier d'une personne à l'autre : humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, fatigue ou perte d'énergie, agitation ou ralentissement, augmentation ou diminution de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, difficultés de concentration, culpabilité excessive, dévalorisation ou idées suicidaires (American Psychiatric Association, 2013). Le SCP est lié négativement aux symptômes dépressifs (Kohlhoff & Barnett, 2013; Sevigny & Loutzenhiser, 2010; Teti & Gelfand, 1991; Teti et al., 1996). Cette relation est également observée chez des mères d'enfants ayant un TSA (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011). L'étude de Rezenders et Scarpa (2011) a évalué le SCP ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux de 140 mères d'enfants âgés de 3 à 16 ans ayant un TSA. Les résultats montrent que les symptômes dépressifs et anxieux sont corrélés négativement avec le SCP (r = -0.38, p < 0.01). Kuhn et Carter (2006) ont réalisé une étude sur le lien entre le SCP et plusieurs variables auprès de 170 mères d'enfants âgés de 2 à 10 ans ayant un TSA. Les résultats montrent que les symptômes dépressifs sont inversement corrélés au SCP (r = -0.33, p < 0.001), donc un SCP élevé est associé à moins de symptômes dépressifs et plus de symptômes dépressifs sont associés à un faible SCP. Des études révèlent que les parents d'enfants ayant un TSA sont à risques de vivre des symptômes dépressifs (Taylor & Warren, 2012; Ventola et al., 2017). L'étude de Ventola et ses collègues (2017), réalisée auprès de 159 parents, montrent que les parents d'enfants ayant un TSA vivent plus de symptômes dépressifs que les parents d'enfants anxieux et les parents d'enfants tout-venant. Une étude longitudinale (Taylor & Warren, 2012) a évalué les symptômes dépressifs de 75 mères d'enfants ayant un TSA récemment diagnostiqué. Les résultats montrent que la majorité des

mères vivent des symptômes dépressifs dans la semaine suivant le diagnostic (78.7 %) et que, pour plusieurs d'entre elles, ces symptômes se maintiennent un an après le diagnostic (29.3 %). Ainsi, puisque les parents d'enfants ayant un TSA sont particulièrement à risque de vivre des symptômes dépressifs et que ceux-ci sont liés au SCP, il s'avère important de les mesurer.

1.3.3 Le fonctionnement familial

Selon les auteurs du *McMaster Model of Family Functioning*, le fonctionnement familial se divise en six dimensions cliniquement importantes pouvant être mesurées : la résolution de problème, la communication, les rôles, la réactivité affective, l'implication affective et le contrôle du comportement (Epstein et al., 1978). Plusieurs études ont trouvé un lien entre le SCP et le fonctionnement familial, un bon fonctionnement familial est associé à un SCP élevé et un faible SCP est associé à un moins bon fonctionnement familial (Nadeau, 2008; Sevigny & Loutzenhiser, 2010; Vance et al., 2020). Ce lien a été observé auprès de parents d'enfants tout-venant (Knauth, 2000; Sevigny & Loutzenhiser, 2010) et de parents d'enfants ayant des besoins particuliers (Nadeau, 2008; Vance et al., 2020). L'étude de Nadeau (2008) s'est intéressée aux prédicteurs du SCP chez 64 parents d'enfants âgés de 6 à 10 ans ayant un TDAH. Les résultats montrent que le fonctionnement familial est le meilleur prédicteur du SCP parmi les différents facteurs étudiés (p.ex., problèmes de comportement de l'enfant, symptômes dépressifs du parent). Vance et ses collègues (2020) se sont intéressés aux facteurs influençant le développement du SCP chez 67 mères de nourrissons ayant une condition médicale complexe (p. ex., problèmes cardiaques, extrêmement prématurés). Les auteurs ont évalué différentes variables à trois temps de mesures : (1) lors de l'admission du nourrisson à l'hôpital après la naissance, (2) lors de l'obtention du congé d'hôpital, et (3) trois mois après avoir obtenu le congé d'hôpital. Les résultats de cette étude montrent

que le fonctionnement familial est un bon prédicteur du SCP, un bon fonctionnement familial étant associé à un SCP plus élevé à travers le temps. Ainsi, le fonctionnement familial semble être un prédicteur du SCP chez les populations de parents d'enfants ayant des besoins particuliers.

À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au lien entre le SCP et le fonctionnement familial chez les parents d'enfants ayant un TSA. Malgré un manque d'études auprès de cette population, il est possible que cette relation soit présente chez celle-ci étant donné les études montrant un lien entre ces deux variables (Nadeau, 2008; Sevigny & Loutzenhiser, 2010; Vance et al., 2020). D'ailleurs, des études révèlent que le fonctionnement familial des parents d'enfants ayant un TSA serait moins bon que celui des parents d'enfants tout-venant (Higgins et al., 2005; Gau et al., 2012; Rao & Bedel, 2009; Rodrigue et al., 1990). L'étude de Rodrigue et ses collègues (1990) s'est intéressée au fonctionnement familial et les résultats révèlent que les mères d'enfants ayant un TSA ont un moins bon fonctionnement familial lorsqu'elles sont comparées à des mères d'enfants tout-venant ou des mères d'enfants ayant un syndrome de Down. En résumé, des études révèlent un lien entre le SCP et le fonctionnement familial et d'autres observent un moins bon fonctionnement familial chez les parents d'enfants ayant un TSA. Ainsi, il s'avère important de mesurer le fonctionnement familial lorsque l'on s'intéresse à cette population.

1.4 Les services obtenus par les familles d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme

En 2003, au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux instaure une politique prévoyant une offre de services pour tous les enfants ayant un TSA âgés de moins de 6 ans. Malgré cette politique, plusieurs familles peinent à obtenir des services

(des Rivières-Pigeon & Courcy, 2014). En effet, le temps d'attente est souvent très long et des familles peuvent parfois être sur une liste d'attente pendant un ou deux ans (des Rivières-Pigeon & Courcy, 2014). Cette difficulté à obtenir des services s'explique notamment par l'augmentation constante du nombre de cas de TSA, estimée à environ 700 % depuis les dix dernières années (Noiseux, 2011). En 2015, la prévalence à vie au Québec du TSA chez les enfants de 1 à 17 ans était de 12 sur 1000 (Diallo et al., 2017).

La demande n'ayant cessé d'augmenter au cours des dernières années, une variété de services existent pour venir en aide aux familles d'enfants ayant un TSA (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Les services sont individuels ou en groupe et peuvent cibler l'enfant, les parents ou la fratrie. Des études ont montré que certains services destinés aux familles d'enfants ayant un TSA peuvent avoir un effet sur le SCP (Abouzeid & Poirier, 2014; Barlow et al., 2002; Nowak & Heinrichs, 2008; Tellegen & Sanders, 2013). Cette section décrit différents services couramment offerts aux enfants, aux parents et à la fratrie ainsi que leur lien avec le SCP.

1.4.1 Les services pour les enfants ayant un TSA

La plupart des services offerts aux personnes ayant un TSA s'adressent aux enfants d'âge préscolaire et scolaire (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Le ministère de la Santé et des Services sociaux préconise ces interventions pour les enfants ayant un TSA : l'intervention comportementale intensive (ICI), le *Picture Exchange Communication System* (*PECS*) et l'approche *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (*TEACCH*; Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013).

L'ICI est un programme d'intervention précoce (mise en place dès l'obtention du diagnostic) et intensive (20 h à 40 h par semaine pendant 2 à 4 ans) basée sur les principes de l'analyse appliquée du comportement (Lovaas, 1987). Cette intervention

individuelle vise à développer les habiletés de l'enfant dans toutes les sphères de son fonctionnement. Cette intervention se fonde sur les principes de l'apprentissage et utilise deux méthodes d'enseignement : l'enseignement par essais distincts et l'enseignement incident. Les parents s'impliquent activement dans cette intervention, leur implication pouvant varier et prendre plusieurs formes : appliquer les principes de l'ICI au quotidien afin de favoriser la généralisation des acquis, s'informer sur l'autisme et l'ICI, participer aux rencontres de supervision, communiquer avec les intervenants, collaborer avec l'intervenant pendant les séances et même appliquer l'ICI auprès de l'enfant (des Rivières-Pigeon & Courcy, 2014). L'ICI se déroule souvent à la maison, obligatoirement en présence d'un parent, ce qui peut affecter ceux-ci, notamment les mères qui sont souvent celles qui restent à la maison (des Rivières-Pigeon & Courcy, 2014). Il est à noter que les intervenants, en plus d'intervenir auprès de l'enfant, offrent un soutien aux parents. Les intervenants vont guider et outiller les parents dans leurs interventions auprès de l'enfant et vont même jusqu'à leur fournir du soutien émotif (des Rivières-Pigeon & Courcy, 2014). Au Québec, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) ont le mandat de fournir ce service à raison de 20 h par semaine aux enfants âgés de moins de 6 ans (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013).

L'approche *TEACCH* est une méthode d'enseignement structuré qui permet à l'enfant d'acquérir de l'autonomie et des stratégies qui lui seront utiles tout au long de sa vie (Piazza & Fadanni, 2002). Cette méthode est utilisée en contexte de classe et vise la modification de l'environnement afin de s'adapter aux difficultés des enfants ayant un TSA. Cette approche nécessite la collaboration des parents avec l'équipe d'intervenants, notamment pour assurer la généralisation des apprentissages dans des environnements moins structurés. Au Québec, les enseignants travaillant auprès d'enfants ayant un TSA utilisent généralement les principes de cette approche (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Le *PECS* est une intervention individuelle permettant à l'enfant d'acquérir des habiletés de communication, de comprendre les rôles de la communication et d'avoir

des interactions communicatives spontanées (Bondy & Frost, 1994). Cette intervention vise notamment à apprendre à l'enfant à échanger des images contre des choses qu'il désire. Afin d'assurer la généralisation des acquis, la famille doit appliquer cette intervention au quotidien à la maison (Cuny & Antoine, 2010). Le *PECS* et l'approche *TEACCH* seraient les interventions les plus utilisées auprès des enfants ayant un TSA d'âge scolaire (Mercier et al., 2014). D'autres services sont également offerts aux enfants dans cette tranche d'âge, comme des services psychologiques, d'orthophonie ou d'éducation spécialisée (Mercier et al., 2014).

Certaines études ont montré que des interventions auprès de l'enfant ayant un TSA peuvent avoir des effets sur certaines variables parentales, notamment sur le stress parental (D'Elia et al., 2014; Eikeseth et al., 2015; Hastings & Johnson, 2001). Une étude auprès de 43 parents d'enfants ayant un TSA recevant de l'ICI révèle que le stress des mères a significativement diminué après un an de traitement, mais le stress des pères n'a pas diminué ni augmenté (Eikeseth et al., 2015). L'étude de D'Elia et ses collègues (2014) auprès de 30 parents d'enfants recevant un programme *TEACCH* montre que leur stress diminue significativement au fil du temps. À notre connaissance, une seule étude s'est intéressée à l'influence d'une intervention ciblant l'enfant ayant un TSA sur le SCP (Abouzeid & Poirier, 2014). Cette étude (Abouzeid & Poirier, 2014) porte sur les perceptions de mères québécoises d'enfants avec un TSA ayant reçu de l'ICI. Les auteurs rapportent que la majorité des mères questionnées en entrevue (11 sur 15) ont une vision plus positive de leurs compétences parentales. Ainsi, il semble que les interventions ciblant l'enfant puissent avoir un effet sur certaines variables parentales comme le SCP, mais de futures études devront être réalisées afin de déterminer leur réel effet sur le concept.

1.4.2 Les services pour les parents d'enfants ayant un TSA

Les programmes d'habiletés parentales, souvent utilisés auprès des parents d'enfants ayant un TSA, visent à soutenir et à outiller les parents à intervenir plus efficacement auprès de leur enfant, notamment dans la gestion des problèmes de comportement (Hardy et al., 2017; Hauth-Charlier, 2009; Rousseau et al., 2016). Ces programmes réalisés en groupe de 6 à 10 parents visent à améliorer les connaissances du parent et à développer ses compétences parentales (Hardy et al., 2017; Rousseau et al., 2016). D'autres services sont également disponibles pour les parents d'enfants ayant un TSA, comme des groupes de soutien et des services de répit permettant aux parents et à la fratrie de prendre du repos la fin de semaine (Poirier & Vallée-Ouimet, 2015).

Plusieurs études ont documenté le lien entre le SCP et les programmes d'habiletés parentales auprès de diverses populations de parents (Barlow et al., 2002; Frantz et al., 2018; Nowak & Heinrichs, 2008; Tellegen & Sanders, 2013). Une méta-analyse (Tellegen & Sanders, 2013) incluant 12 études réalisées entre 2001 et 2013 s'est intéressée à l'efficacité du programme *Stepping Stones Triple P*, principalement destiné à une population de parents ayant un enfant avec un TSA. Cette méta-analyse soutient que ce programme d'habiletés est efficace pour l'amélioration des styles parentaux, de l'adaptation parentale et du SCP.

Peu d'études s'intéressent au lien entre les services offerts aux parents québécois d'enfants ayant un TSA et des variables parentales (Beaudoin, 2018; Rousseau et al., 2016; Stipanicic et al., 2017). Le programme d'habiletés parentales *L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA : des parents en action!* est un programme prometteur (Rousseau et al., 2016) et l'évaluation de celui-ci auprès de 38 parents québécois montre qu'il est efficace pour réduire le stress parental. À notre connaissance, seulement deux études se sont intéressées au lien entre un service offert aux parents

québécois d'enfants ayant un TSA et le SCP (Abouzeid et al., 2019; Beaudoin, 2018). Une thèse récente (Beaudoin, 2018) rapporte des résultats intéressants concernant l'effet d'un programme d'habiletés parentales pour cette population. Les résultats montrent que le programme n'a pas d'effet sur le SCP rapporté par le questionnaire *Parenting Sense of Competence*, mais que les parents expriment une amélioration de leur SCP dans les entrevues qualitatives. Une autre étude (Abouzeid et al., 2019) ayant utilisé le même questionnaire montre que le SCP a augmenté à la suite d'un programme d'habiletés parentales réalisé auprès de cinq familles. Ainsi, les interventions pour les parents d'enfants ayant un TSA semblent avoir un effet sur le SCP, mais cet effet, pouvant être positif ou négatif, reste à être examiné chez les parents québécois.

1.4.3 Les services pour la fratrie des familles d'enfants ayant un TSA

La fratrie d'enfants ayant un TSA est susceptible de vivre certaines difficultés, des services s'adressent donc exclusivement à cette population, comme des camps d'été ou des groupes de soutien (Claudel-Valentin et al., 2020). Ces services visent généralement à améliorer les interactions entre frères et sœurs, à informer la fratrie sur le TSA et à créer un réseau de soutien composé de personnes vivant une situation similaire (Claudel-Valentin et al., 2020; Gascon et al., 2005). Peu d'études portent sur les interventions ciblant la fratrie d'enfants ayant un TSA (Claudel-Valentin et al., 2020; Gascon et al., 2005). Au Québec, seul le programme *Entraide Phratrie*, un camp estival basé sur l'aide mutuelle et le développement de stratégies d'adaptation, a fait l'objet d'un article scientifique (Gascon et al., 2005). Une évaluation auprès de neuf enfants âgés de 7 à 11 ans montre que ce programme est très apprécié et que les objectifs visés ont été atteints, comme l'application de l'aide mutuelle et le développement de liens entre les enfants. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à l'effet des services ciblant la fratrie sur le SCP, ni même sur d'autres variables parentales. Ainsi, puisque certaines

interventions visant les familles d'enfants ayant un TSA sont liées au SCP (Abouzeid & Poirier, 2014; Abouzeid et al., 2019; Barlow et al., 2002; Beaudoin, 2018), il serait intéressant de vérifier l'effet des interventions ciblant la fratrie sur cette variable.

1.5 Les outils mesurant le sentiment de compétence parentale

Les outils anglophones mesurant le SCP sont nombreux (Jones & Prinz, 2005). Dans leur recension des écrits sur le rôle du SCP, Jones et Prinz (2005) rapportent que les questionnaires anglophones les plus utilisés sont le *Toddler Care Questionnaire* de Gross et Rocissano (1988), le *Maternal Self-Efficacy Scale* de Teti et Gelfand (1991) et le *Parenting Sense of Competence* de Johnston et Mash (1989). À notre connaissance, il n'existerait que deux outils francophones : le *Questionnaire sur le sentiment d'auto-efficacité parentale* de Beaulieu, Normandeau et Robaey (2014) et l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* de Meunier et Roskam (2009). Certains outils mesurent le SCP en général (Johnston & Mash, 1989), d'autres mesurent le SCP lié à l'accomplissement de tâches (Gross & Rocissano, 1998; Teti & Gelfand, 1991) et certains mesurent le SCP lié à des domaines spécifiques (Meunier & Roskam, 2009). Dans la section qui suit, chaque outil sera décrit et les qualités psychométriques de chacun seront présentées.

1.5.1 Toddler Care Questionnaire

Gross et Rocissano (1988) ont créé le *Toddler Care Questionnaire*, qui mesure le sentiment de confiance maternelle, qu'ils définissent comme étant la perception de la mère en ses propres capacités à effectuer des tâches reliées à son enfant. Le questionnaire s'adresse aux parents d'enfants âgés de 1 à 3 ans. Le *Toddler Care*

Questionnaire comprend 37 questions et chaque question est répondue à l'aide d'une échelle de type Likert, passant de *un peu de confiance* à *beaucoup de confiance.* Le temps de passation peut être estimé à environ 15 à 20 minutes. Pour la fiabilité, les auteurs ont obtenu un alpha de Cronbach allant de 0,91 à 0,95 selon l'étude et une fiabilité temporelle de $r = 0,87$ à un mois d'intervalle. Pour la validité critériée, ceux-ci rapportent une corrélation négative de $r = -0,31$ entre le questionnaire et les symptômes dépressifs de la mère mesurés par le *Beck Depression Inventory* et une corrélation négative entre le tempérament difficile de l'enfant et le questionnaire, sans toutefois donner de précisions sur cette dernière (Conrad et al., 1992). Ce questionnaire a majoritairement été utilisé par les auteurs et principalement auprès de parents d'enfants tout-venant (Conrad et al., 1994; Gross & Tucker, 1994; Gross et al., 1994). À notre connaissance, il n'existe pas de traduction française de ce questionnaire.

1.5.2 Maternal Self-Efficacy Scale

Teti et Gelfand (1991) ont créé le *Maternal Self-Efficacy Scale* qui mesure le SCP des mères lors de tâches spécifiques liées à l'enfant, par exemple le calmer, comprendre ce qu'il désire et l'amuser. Le questionnaire vise une population de parents d'enfants âgés de 3 à 13 mois. L'instrument est composé de 10 éléments, neuf portant sur le SCP lié à une tâche et un portant sur le SCP global. Le format de réponse des énoncés est une échelle de type Likert composée de quatre points passant de *moins bien que les autres* à *mieux que les autres*. Le temps de passation peut être estimé à moins de 10 minutes. La fiabilité est vérifiée à l'aide de l'alpha de Cronbach qui est de 0,86. La validité convergente de ce questionnaire est vérifiée en obtenant une forte corrélation de $r = 0,75$ entre les scores du *Maternal Self-Efficacy Scale* et le score du questionnaire sur le SCP se trouvant dans le *Parenting Stress Index*. Le questionnaire a principalement été utilisé auprès de parents d'enfants tout-venant (Delavari et al., 2018; Leerkes &

Crockenberg, 2002; Troutman et al., 2012). À notre connaissance, il n'existe pas de traduction française de cet instrument.

1.5.3 Parenting Sense of Competence

L'échelle *Parenting Sense of Competence* de Johnston et Mash (1989), version adaptée du *Parenting Sense of Competence* de Gibaud-Wallston (1977), mesure l'estime de soi parentale de façon globale. Les auteurs définissent le concept comme étant le sentiment de confiance et de compétence ressenti par le parent lorsqu'il s'agit de la gestion des comportements de son enfant. Le questionnaire vise les parents d'enfants âgés de 5 à 12 ans. L'instrument est composé de 16 éléments et de deux sous-échelles : une sous-échelle de satisfaction parentale comportant neuf éléments (p. ex., « être un parent me rend tendue et anxieuse ») et une sous-échelle d'efficacité parentale comportant sept éléments (p. ex., « ma mère était mieux préparée à être une bonne mère que je ne le suis »). Le format de réponse des énoncés est une échelle de type Likert composée de six points, passant de *fortement en accord* à *fortement en désaccord.* Le temps de passation peut être estimé à moins de 10 minutes. L'instrument a été traduit en français, mais aucune donnée psychométrique n'est disponible à ce jour (Terrisse & Trudelle, 1988).

L'outil présente des indices de cohérence interne de 0,75 pour la sous-échelle de satisfaction et de 0,76 pour la sous-échelle d'efficacité (Johnston & Mash, 1989). La validité convergente est obtenue à l'aide de corrélations partielles entre les scores et des mesures de fonctionnement de la famille dont le *Child Behaviour Checklist,* le *Childrearing Practices Report* et le *Dyadic Adjustment Scale,* et les corrélations sont de faibles à modérées, situées entre r = -0,47 à r = 0,37 (Ohan et al., 2000). La validité différentielle est vérifiée puisque l'instrument discrimine différents groupes de parents, notamment les parents d'enfants tout-venant et les parents d'enfants ayant un TDAH

(Mash & Johnston, 1983), les mères abusives et les mères non abusives (Mash et al., 1983), et les parents d'enfants avec un TSA et les parents d'enfants tout-venant (Belchic, 1995).

L'échelle *Parenting Sense of Competence* serait la plus utilisée (Jones & Prinz, 2005), et ce, auprès de diverses populations de parents. Cet instrument est utilisé auprès de parents d'enfants tout-venant (Gilmore & Cuskelly, 2009; Seçer et al., 2012; O'Neil et al., 2009), avec un TSA (Belchic, 1995; Goodman & Glenwick, 2012), avec un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (Haack et al., 2010) ou avec une déficience intellectuelle (Hill & Rose, 2009; Hassall et al., 2005).

1.5.4 Questionnaire sur le sentiment d'auto-efficacité parentale

Le *Questionnaire sur le sentiment d'auto-efficacité parentale* de Beaulieu, Normandeau et Robaey (2014) mesure le sentiment de confiance du parent quant à ses habiletés éducatives. L'instrument francophone a été construit à partir de plusieurs instruments existants : le *Parenting Self-Agency Measure* (Dumka, Stoerzinger, Jackson & Roosa, 1996), le *Toddler Care Questionnaire* (Gross & Rocissano, 1988) et le *Self-Efficacy Measure* (Jones, 1999). Il est composé de 19 questions et le format de réponse est une échelle de type Likert en cinq points passant de *fortement en accord* à *fortement en désaccord*. Le temps de passation est estimé à 10 minutes. L'instrument mesure à la fois le SCP global (p. ex., « Je sais que je fais un bon travail en tant que mère/père ») et le SCP lié à des domaines spécifiques (p. ex., « J'ai confiance que je saurais quoi faire si mon enfant faisait une crise »). L'instrument présente des qualités psychométriques peu satisfaisantes, ayant comme seule donnée psychométrique disponible la cohérence interne ($\alpha = 0{,}70$). À notre connaissance, l'instrument n'a été utilisé que par les auteurs lors d'une étude réalisée auprès de 110 parents (101 mères et

9 pères) d'enfants de 6 à 10 ans ayant un diagnostic de trouble d'attention avec ou sans hyperactivité (Beaulieu et al., 2014).

1.5.5 Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale

L'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* de Meunier et Roskam (2009) mesure le SCP lié à des domaines spécifiques. Le questionnaire vise une population de parents d'enfants âgés de 3 à 7 ans. L'instrument comporte 25 questions et a été construit à partir de deux instruments : le *Self-Efficacy for Parenting Task Index* de Coleman et Karraker (2000) et le *Self-Efficacy for Parenting Task Index – Toddler Care* de Coleman et Karraker (2003). Le format de réponse est une échelle de type Likert en cinq points passant de *pas d'accord* à *tout à fait d'accord* et 11 éléments du questionnaire sont inversés. Le temps de passation est estimé à 15 minutes.

Le questionnaire est composé de cinq sous-échelles : *Discipline* (p. ex., « J'éprouve certaines difficultés pour parvenir à ce que mon enfant écoute ce que je dis »), *Jeu* (p. ex., « M'installer près de mon enfant pour lui lire une histoire ou pour lui apprendre quelque chose est facile pour moi »), *Affection* (p. ex., « Je suis capable de sentir quand mon enfant est en détresse »), *Routine* (p. ex., « Je suis parvenu [e] à établir un rythme de vie [lever, coucher] sain et régulier pour mon enfant ») et *Apprentissage* (p. ex., « Je ne suis probablement pas la personne idéale pour apprendre à mon enfant les choses qu'il a besoin de savoir »). La sous-échelle *Discipline* porte sur l'obéissance de l'enfant ainsi que la gestion de la direction de sa vie et de ses comportements. La sous-échelle *Jeu* s'intéresse à l'implication du parent dans les jeux de l'enfant. La sous-échelle *Affection* porte sur la compréhension des émotions de l'enfant ainsi que l'amour et le réconfort apportés à celui-ci. La sous-échelle *Routine* porte sur le maintien et le respect d'une routine. La sous-échelle *Apprentissage* s'intéresse à l'apprentissage de choses à l'enfant.

Les auteurs ont vérifié la validité factorielle par une analyse en composantes principales avec une rotation oblimin et ont trouvé cinq facteurs. Ils ont également effectué des corrélations entre les scores de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* et certaines variables afin de vérifier la validité convergente et divergente. Les scores ont été comparés avec des variables parentales et les auteurs ont trouvé des corrélations positives modérées avec la satisfaction (r = 0,24 à 0,40) et l'estime de soi (r = 0,28 à 0,51), et ont obtenu une corrélation négative modérée avec le stress (r = -0,21 à -0,54). Ils ont aussi comparé les scores avec des comportements de l'enfant et ont trouvé des corrélations positives modérées avec la compétence sociale (r = 0,26 à 0,41) et avec peu de comportements intériorisés ou extériorisés (p. ex. anxiété et agressivité; r = 0,14 à 0,54).

À notre connaissance, l'instrument n'a été utilisé que par les auteurs dans plusieurs études auprès de parents d'enfants tout-venant (Mouton & Roskam, 2015; Roskam, Brassart, Loop, Mouton & Schelstraete, 2015) et de parents d'enfants ayant des problèmes de comportements (Meunier et al., 2011; Meunier et al., 2012; Roskam et al., 2016; Roskam et al., 2016).

1.5.6 Tableau récapitulatif

Instrument	Conceptualisation et sous-échelles	Types de fidélité vérifiés	Types de validité vérifiés	Caractéristiques	Population visée	Traduction française disponible	Utilisation dans la recherche
Toddler Care Questionnaire Gross et Rocissano (1988)	➢ Mesure le sentiment de confiance maternelle ➢ Mesure liée à des tâches spécifiques	➢ Cohérence interne de α 0,91 à 0,95 ➢ Fidélité test-retest *r* = 0,87 (après un mois)	➢ Validité critériée	➢ 37 éléments ➢ 15 à 20 minutes ➢ Échelle de type Likert : *un peu de confiance* à *beaucoup de confiance*	Parents d'enfants âgés de 1 à 3 ans	Non	➢ Utilisé par les auteurs eux-mêmes ➢ Utilisation auprès de parents d'enfants tout-venant
Maternal Self-Efficacy Scale Teti et Gelfand (1991)	➢ Mesure le sentiment de compétence parentale ➢ Mesure liée à des tâches spécifiques et un item global	➢ Cohérence interne de α = 0,86	➢ Validité convergente	➢ 10 éléments ➢ 5-10 minutes ➢ Échelle de type Likert en 4 points : *moins bien que les autres* à *mieux que les autres*	Parents d'enfants âgés de 3 à 13 mois	Non	➢ Utilisation auprès de parents d'enfants tout-venant
Parenting Sense of Competence Johnston et Mash (1989)	➢ Mesure l'estime de soi parentale ➢ Mesure globale ➢ Deux sous-échelles	➢ Cohérence interne de α = 0,75 et α = 0,76	➢ Validité convergente et divergente ➢ Validité par groupe contraste ➢ Validité factorielle	➢ 16 éléments ➢ Moins de 10 minutes ➢ Échelle de type Likert en 6 points : *fortement en accord* à *fortement en désaccord*	Parents d'enfants âgés de 5 à 12 ans	Oui	➢ Instrument le plus utilisé ➢ Utilisation auprès de diverses populations de parents
Questionnaire sur le sentiment d'auto-efficacité parentale Beaulieu et al. (2014)	➢ Mesure le sentiment de confiance du parent quant à ses habiletés éducatives ➢ Mesure globale et liée à des domaines spécifiques ➢ Construit à partir de plusieurs instruments	➢ Cohérence interne de α = 0,70	➢ Aucune donnée disponible	➢ 19 éléments ➢ 10 minutes ➢ Échelle de type Likert en 5 points : *fortement d'accord* à *fortement en désaccord*	Parents d'enfants de 6 à 10 ans ayant un TDAH	Développé en français	➢ Utilisé seulement par les auteurs eux-mêmes, dans une seule étude
Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale Meunier et Roskam (2009)	➢ Mesure le sentiment de compétence parentale ➢ Mesure liée à des domaines spécifiques ➢ Cinq sous-échelles ➢ Construit à partir de deux instruments	➢ Cohérence interne de α = 0,84	➢ Validité factorielle ➢ Validité convergente et divergente	➢ 25 éléments ➢ 15 minutes ➢ Échelle de type Likert en 5 points : *pas d'accord* à *tout à fait d'accord*	Parents d'enfants âgés de 3 à 7 ans	Développé en français	➢ Utilisé seulement par les auteurs eux-mêmes ➢ Utilisation auprès de parents d'enfants tout-venant et ayant des problèmes de comportement

1.5.7 Sélection d'un instrument de mesure dans le cadre de la thèse

Dans les écrits scientifiques, il semble y avoir une absence de consensus quant à l'outil à privilégier pour mesurer le SCP. Un grand nombre d'outils existent pour le mesurer et la conceptualisation du concept semble varier considérablement d'un outil à l'autre (Wittkowski et al., 2017). Selon Bandura (2006), certaines lignes directrices sont à respecter lors de l'élaboration d'un instrument mesurant le sentiment d'auto-efficacité personnelle. Tout d'abord, l'instrument ne doit pas mesurer le sentiment d'efficacité général, ni d'autres concepts comme l'estime de soi ou le lieu de contrôle. Bandura considère que ces instruments ont peu de valeur prédictive puisque les questions n'ont pas nécessairement de lien avec le domaine étudié. Aussi, il mentionne que l'instrument doit mesurer différents aspects du domaine étudié afin de tenir compte de la complexité du concept. Dans le cadre de la présente thèse doctorale, l'instrument sélectionné doit mesurer exclusivement le SCP, s'appuyer sur la vision de Bandura, avoir un temps de passation relativement court, avoir des qualités psychométriques satisfaisantes et être en français. L'instrument doit également viser une population de parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans. En effet, la majorité des services offerts aux enfants ayant un TSA s'adresse à cette tranche d'âge, qui comprend les enfants d'âge préscolaire et les enfants d'âge scolaire (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013).

Le *Toddler Care Questionnaire* et le *Maternel Self-Efficacy Scale* n'ont pas été sélectionnés puisqu'ils visent une population de parents d'enfants plus jeunes que l'échantillon visé par la thèse doctorale. Le *Questionnaire sur le sentiment d'auto-efficacité parentale* n'a pas été sélectionné puisqu'il présente des qualités psychométriques peu satisfaisantes et parce qu'il a été créé plus spécifiquement pour les parents d'enfants ayant un TDAH. Le *Parenting Sense of Competence* n'a pas été sélectionné malgré les nombreux avantages qu'il comporte. En effet, il s'agit de l'instrument le plus utilisé dans la recherche dans le domaine du SCP, il possède le plus

grand nombre de qualités psychométriques, il est court, il s'adresse aux parents d'enfants âgés de 5 à 12 ans et une traduction française est disponible. À première vue, il semble être l'instrument idéal selon les critères recherchés dans le contexte de la thèse doctorale. Toutefois, l'instrument mesure de façon globale le SCP, ce qui n'est pas recommandé par Bandura. De plus, le *Parenting Sense of Competence* propose une conceptualisation différente de celle de Bandura en ajoutant le concept de satisfaction. Pour ces deux raisons, mon choix ne s'est pas arrêté sur cet instrument.

L'instrument sélectionné dans le cadre de la présente thèse doctorale est l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale*. Cet instrument francophone comporte seulement 25 éléments et mesure exclusivement le SCP. Les qualités psychométriques de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* sont satisfaisantes, plusieurs indices psychométriques ont été vérifiés par les auteurs. Cette échelle mesure différents aspects du SCP comme proposé par Bandura. Malgré une validation auprès de parents d'enfants âgés de 3 à 7 ans, son utilisation peut possiblement être étendue à des parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans. En effet, l'instrument a été partiellement construit à partir du *Self-Efficacy for Parenting Tasks Index* de Coleman et Karraker (2000) qui vise une population de parents d'enfants âgés de 5 à 12 ans. D'ailleurs, certaines théories du développement divisent les enfants en trois grandes catégories : petite enfance (0 à 2 ans), enfance (2 à 12 ans) et adolescence (12 à 18 ans; Boyd & Bee, 2017). Ainsi, il semble possible et même justifié d'étendre l'utilisation du questionnaire auprès des parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans. D'ailleurs, l'instrument de Coleman et Karraker (2000) a été utilisé dans quelques études (Harty et al., 2007; Heath et al., 2015; Murphy et al., 2011) : la comparaison des résultats sera probablement possible.

1.6 Rationnel de l'étude

Les outils anglophones mesurant le SCP sont nombreux (Jones & Prinz, 2005), mais très peu d'instruments francophones sont disponibles (Beaulieu et al., 2014; Meunier & Roskam, 2009). Ces instruments francophones n'ont jamais été validés auprès de parents québécois (Beaulieu et al., 2014; Meunier & Roskam, 2009), le *Questionnaire sur le sentiment d'auto-efficacité parentale* n'a pas été validé et l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* a été validée auprès de parents belges. Ainsi, il n'existe aucun instrument pour les parents québécois ayant fait l'objet d'une validation. Une adaptation et une validation de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* seraient pertinentes auprès de cette population. Des chercheurs estiment qu'il est important d'adapter les instruments lorsqu'ils sont utilisés dans différents contextes culturels (Gjersing et al., 2010). Bien que la Belgique soit un pays en partie francophone, les expressions utilisées pour décrire la parentalité ne sont pas les mêmes que celles utilisées au Canada, notamment au Québec. Ainsi, il s'avère important d'adapter et de valider l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* auprès de parents québécois.

Selon plusieurs études, le SCP peut avoir des conséquences sur le comportement et le bien-être du parent ainsi que sur le développement de l'enfant. Le SCP est associé à l'utilisation de bonnes pratiques parentales (Beaulieu & Normandeau, 2012; Jones & Prinz, 2005; Sanders & Woolley, 2005) et est lié au bien-être du parent (Hassall et al., 2005; Hill & Rose, 2009; Kohlhoff & Barnett, 2013; Meunier & Roskam, 2009). Le SCP est associé à la mise en place d'un environnement d'apprentissage plus positif à la maison pour l'enfant (Bojczyk et al., 2018), est lié positivement à la compétence sociale de ce dernier (Junttila & Vauras, 2014; Junttila et al., 2007) et est lié à l'attachement du parent envers son enfant (Goodman & Glenwick, 2012).

Le SCP diffère selon les difficultés de l'enfant et des études ont montré que les parents d'enfants ayant un TSA sont particulièrement à risque d'avoir un faible SCP (Belchic, 1995; Hahn, 2018; Smart, 2016). En effet, ils vivent plusieurs défis qui les distinguent d'autres populations de parents (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013), ce qui peut particulièrement affecter leur SCP. En effet, les enfants ayant un TSA ont souvent des problématiques connexes pouvant altérer le quotidien des familles, comme des troubles du sommeil, des troubles liés à l'alimentation, des problèmes de comportement et une rigidité comportementale.

Plusieurs variables sont associées au SCP. Notamment, des études montrent des liens entre le SCP et le stress parental (Kuhn & Carter, 2006; Lai, 2013), entre le SCP et les symptômes dépressifs (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011) et entre le SCP et le fonctionnement familial (Knauth, 2000; Sevigny & Loutzenhiser, 2010). Ces variables sont particulièrement importantes chez les parents d'enfants ayant un TSA. En effet, ils vivent beaucoup de stress parental (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011), peuvent vivre des symptômes dépressifs et anxieux (Rezendes & Scarpa, 2011) et ont une vie familiale particulièrement affectée par le TSA de leur enfant (Higgins et al., 2005; Gau et al., 2012; Rao & Bedel, 2009; Rodrigue et al., 1990). Il existe peu d'études sur les liens entre le SCP et ces variables auprès des parents d'enfants ayant un TSA. Ainsi, compte tenu des connaissances actuelles sur le sujet, il n'est pas possible d'établir un modèle conceptuel déterminant la direction des liens entre ces variables pour cette population. Bien qu'il existe plusieurs études sur le SCP auprès d'autres populations de parents permettant d'établir un tel modèle conceptuel, ces résultats ne peuvent être généralisés aux parents d'enfants ayant un TSA. En effet, il s'agit d'une population particulière en raison des nombreux défis auxquels ces parents font face au quotidien (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013).

Les familles d'enfants ayant un TSA reçoivent généralement des services. Le temps d'attente pouvant souvent s'étendre sur plusieurs mois (des Rivières-Pigeon & Courcy,

2014), beaucoup de familles au Québec ne reçoivent pas de services pendant un long moment. Les services offerts, individuels ou en groupe, sont variés et peuvent cibler l'enfant, les parents ou la fratrie. La majorité des services disponibles pour les familles s'adressent aux enfants environ âgés de 2 et 12 ans (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). Quelques études ont montré le lien entre le SCP et les interventions pour les familles d'enfants ayant un TSA (Abouzeid & Poirier, 2014; Barlow et al., 2002; Frantz et al., 2018; Nowak & Heinrichs, 2008; Tellegen & Sanders, 2013). Toutefois, ces études se sont généralement penchées sur les interventions destinées aux parents et non sur les interventions destinées aux enfants ou à la fratrie. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à comparer le SCP des parents d'enfants ayant un TSA en attente de services et des parents d'enfants ayant un TSA recevant actuellement des services, quels qu'ils soient. Plus encore, aucune étude ne s'est intéressée à savoir si différentes cibles d'intervention pour les familles d'enfants ayant un TSA ont un effet sur le SCP. Bien que non axées sur l'amélioration du SCP, il est possible que ces interventions et les différentes cibles aient un effet sur cette variable. Le manque de données dans les écrits scientifiques concernant le lien entre les services pour les familles québécoises d'enfants ayant un TSA et le SCP justifie la réalisation de cette thèse. La thèse est constituée d'objectifs et ne peut proposer d'hypothèses puisqu'il n'est pas possible de déterminer si les services auront pour effet d'augmenter ou de diminuer le SCP.

1.7 Objectifs

L'objectif principal de la thèse est de déterminer l'effet des services reçus par les familles d'enfants âgés de 2 à 12 ans ayant un TSA sur le SCP. Le but est d'examiner l'effet de ces services sur cette variable et non d'évaluer l'efficacité des services qu'elles reçoivent. La population des parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans est ciblée

puisque la majorité des services offerts aux familles d'enfants ayant un TSA s'adressent à cette tranche d'âge. Cet objectif se divise en quatre sous-objectifs.

Le premier sous-objectif est d'adapter l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* pour les parents québécois d'enfants âgés de 2 à 12 ans et d'obtenir les indices psychométriques suivants auprès de cette population : la stabilité temporelle, l'homogénéité, la validité factorielle et la validité différentielle. L'adaptation et la validation de cette échelle permettront de répondre aux autres sous-objectifs de la thèse puisqu'un instrument mesurant le SCP validé auprès de parents québécois sera disponible. Si l'échantillon le permet, des distinctions seront faites entre les mères et les pères. Ce sous-objectif est réalisé dans l'article 1 (chapitre 2).

Le second sous-objectif est de voir si le SCP des parents d'enfants ayant un TSA en attente de services est différent de celui des parents d'enfants ayant un TSA qui reçoivent des services. Le troisième sous-objectif est de voir l'influence du stress parental, des symptômes dépressifs et du fonctionnement familial sur le SCP. D'une part, ce troisième sous-objectif permettra de vérifier l'effet de ces variables sur le SCP auprès de cette population. D'autre part, ce sous-objectif permettra l'inclusion de ces variables importantes dans le modèle de régression. Si l'échantillon le permet, des distinctions seront faites entre les mères et les pères pour les deux sous-objectifs. Ces sous-objectifs sont réalisés dans l'étude 1 de l'article 2 (chapitre 3).

Le quatrième sous-objectif est de voir l'influence de différentes cibles d'intervention des services pour les familles d'enfants ayant un TSA sur le SCP. Les cibles suivantes sont évaluées : le parent, l'enfant, la fratrie, les interventions individuelles et les interventions en groupe. Ce sous-objectif est réalisé dans l'étude 2 de l'article 2 (chapitre 3).

CHAPITRE II

VALIDATION OF A PARENTING SELF-EFFICACY SCALE WITH QUEBEC MOTHERS OF CHILDREN AGES 2 TO 12

Lefebvre, C., Valois, P. & Forget, J.

Article soumis à *Journal of Child and Family Studies*

2.1 Abstract

Parenting self-efficacy (PSE) is the parent's self-perceived competence in their role. To this day, no instrument assessing domain-specific PSE was adapted for Quebec parents. The objective of this study was to validate the 25-item instrument *Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* (EGSCP; Meunier & Roskam, 2009) with 978 Quebec mothers of children ages 2 to 12 (M_{age} = 5.32). Each mother completes the EGSCP for each of their children (N = 1539). Results showed that a 23-item version was more suitable for this population with good psychometric properties. Confirmatory factor analyses were all within good validity range. Differential validity was evaluated by comparing mothers of children with (N = 333) and without (N = 1206) a psychological disorder diagnosis. Mothers of children with a psychological disorder diagnosis showed lower PSE scores than other mothers, which confirms the differential validity of the scale. The scale had a good temporal stability after a month and had an excellent homogeneity. The EGSCP version for Quebec mothers showed good psychometric properties, and it is hoped that this version will be used in further studies measuring the PSE of this population.

Keywords : Parenting self-efficacy; Psychometric validation; Self-efficacy scale; Parental Cognition; Quebec mothers.

2.2 Résumé

Le sentiment de compétence parentale (SCP) est la perception du parent quant à sa compétence dans son rôle. À ce jour, il n'existe aucun instrument adapté aux parents québécois pouvant mesurer le SCP lié à des domaines spécifiques. L'objectif de cette étude est de valider l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* (EGSCP; Meunier et Roskam, 2009) auprès de 978 mères québécoises d'enfants âgés de 2 à 12 ans ($M_{âge}$ = 5,32). Les mères ont complété l'EGSCP pour chacun de leurs enfants (N = 1539). Les résultats montrent qu'une version comportant 23 éléments est plus appropriée pour cette population. Les analyses factorielles confirmatoires ont montré une validité satisfaisante de l'instrument. La validité différentielle a été évaluée en comparant les mères d'enfants ayant un diagnostic d'un trouble psychologique (N = 333) et les mères d'enfants sans aucun diagnostic (N = 1206). Les mères d'enfants ayant un diagnostic d'un trouble psychologique ont obtenu des résultats plus faibles à l'EGSCP, ce qui confirme la validité différentielle de l'instrument. L'échelle montre une stabilité temporelle après un mois et montre une excellente homogénéité. La version québécoise de l'EGSCP validée auprès des mères montre de bonnes qualités psychométriques et il est à souhaiter que cette version soit utilisée dans de futures études auprès de cette population.

Mots-clés : Sentiment de compétence parentale ; Validation psychométrique ; Échelle sur le sentiment d'efficacité ; Cognition parentale ; Mères québécoises.

2.3 Introduction

Bandura (1977) defined self-efficacy as the individual's perceived capacities to successfully accomplish an action or task. According to Bandura, self-efficacy is not a general or a permanent characteristic, it rather varies within contexts or activities in which a person engages. Bandura states that a high level of self-efficacy is associated with more effort put into the task, which increases probabilities of success. A high level of self-efficacy is associated with resilience and perseverance, and a low level of self-efficacy with stress and depression (Bandura, 1977).

Parenting self-efficacy (PSE) is the one related to parenthood. However, this concept should be distinguished from parental competence. Parental competence is assessed by others and refers to a set of abilities to respond to a child's needs (Cardinal, 2010). PSE is the parent's self-perceived competence in their role and can be divided in three levels: task-specific PSE (e.g., calming your child down), domain-specific PSE (e.g., discipline) and domain-general PSE (Coleman & Karraker, 2003).

PSE is important to consider since it is associated with the parent's behavior (Beaulieu & Normandeau, 2012; Coleman & Karraker, 1997; Jones & Prinz, 2005; Sanders & Woolley, 2005). A review showed that a higher PSE is associated with better child care (Coleman & Karraker, 1997). A study (Beaulieu & Normandeau, 2012) with 110 parents of children ages 6 to 9 with an attention deficit hyperactivity disorder showed that parents with high PSE tend to use effective and positive parenting practices, such as praise and positive verbal discipline. Conversly, parents with low PSE tend to use negative parenting practices, such as physical punishment and, harsh and inconsistent discipline (Beaulieu & Normandeau, 2012; Sanders & Woolley, 2005).

PSE is also associated with the parent's well-being, notably parenting stress and psychological distress (Hassall et al., 2005; Hill & Rose, 2009; Meunier & Roskam, 2009; Kohlhoff & Barnett, 2013; Sevigny & Loutzenhiser, 2010). A study (Hassal et al., 2005) with 46 mothers of a child with an intellectual disability ages 6 to 16 showed that low PSE is associated with higher parental stress. Kohlhoff and Barnett's (2013) study with mothers of a first child ages 0 to 12 months showed that PSE is inversely correlated with the mother's depressive symptoms (r = -0.452, $p < 0.001$) and anxiety symptoms (r = -0.404, $p < 0.001$), so a higher PSE is associated with fewer depressive and anxiety symptoms. Thus, PSE is an important variable to measure since it is associated with parental well-being and behaviors.

Many English scales are available to measure the three different levels of PSE (Jones & Prinz, 2005; Wittkowski et al., 2017). Domain-specific PSE scales are generally more related to efficacy behaviors than domain-general PSE scales (Bandura, 1989). To our knowledge, only two scales were originally developed in French to assess PSE : the *Questionnaire sur le sentiment d'auto-efficacité parentale* (Beaulieu et al., 2014) and the *Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* (General Scale of PSE) (EGSCP; Meunier & Roskam, 2009). The EGSCP is the only one with available psychometric data and was originally validated with Belgian parents. The scale assesses domain-specific PSE and has been used in many of the authors' studies (Meunier et al., 2011; Meunier et al., 2012; Mouton & Roskam, 2015; Roskam et al., 2016).

The EGSCP has five subscales: Discipline (7 items), Play (5 items), Nurturance (5 items), Instrumental Care (5 items) and Teaching (3 items). A global score can be calculated by summing up the subscales. The instrument has a good internal consistency ($\alpha = 0.84$) and a good factorial validity (five factors). Authors found good convergent validity with mastery motivation (r = 0.31 to 0.44), parental satisfaction (r = 0.24 to 0.40), self-esteem (r = 0.28 to 0.51), children's low externalized and low

internalized behavior (r = 0.14 to 0.54), children's social competencies (r = 0.26 to 0.41) and good divergent validity with parental stress (r = -0.21 to -0.54).

To our knowledge, no instrument assessing domain-specific PSE was adapted and validated for Quebec parents. The EGSCP seems to be a relevant scale to adapt to this population. Researchers promote the importance to adapt an instrument when used in another cultural context (Gjersing et al., 2010). Although Belgium is a partly French-speaking country, the vocabulary used to describe parenthood is not the same used in Canada, particularly in Quebec. The objective of this study is to adapt the vocabulary of the EGSCP for Quebec parents and to obtain the psychometric properties with this population. The following psychometric properties will be assessed: factorial validity, differential validity, temporal stability and homogeneity.

2.4 Method

2.4.1 Participants

Inclusion criteria were the following: (1) be a parent of a child ages 2 to 12; (2) be a resident of Quebec; (3) be able to complete an online survey in French. A total of 978 mothers of children ages 2 to 12 participated in the study. Participants from the sample came from different cities of Quebec (see Table 1 for participants characteristics). Few fathers responded to the online study and were therefore excluded from the analyses. Mothers completed the EGSCP for each of their children and a total of 1,539 observations have been collected.

2.4.2 Instruments

Socio-demographic variables (e.g., age, sex, education level, marital status) were collected with an in-house questionnaire. Participants were asked to report the age, sex and health diagnoses (physical and psychological) of each of their children. If the child did not have any diagnosis, the participant wrote "none". A version of the EGSCP adapted to Quebec parents was used.

2.4.3 Procedure

An adaptation of the vocabulary of the EGSCP was initiated since some of the terms used seemed not suitable to Quebec parents' reality. Prior to recruitment, five Quebec parents were asked to evaluate each item and answered these three following questions: 1) Do you understand the question? 2) Are there any words or expressions that you find difficult to understand? If yes, which ones? 3) Are there any words or expressions that you think can be difficult to understand for Quebec parents? If yes, which ones? The five Quebec parents were four mothers and one father with different situations: teacher, psychoeducator, nurse, massage therapist and unemployed. Based on the suggestions, some problematic formulations or wordings were changed after a discussion between the authors. For instance, the word "rhythm" was replaced by the word "routine". This new version of the instrument was used in the present study.

Participants were recruited on the social network *Facebook* over a 16-days period. Each parent filled out a consent form, completed the sociodemographic questionnaire and then complete the EGSCP for each of their children through the online survey platform *Interceptum*. One month after the administration of the EGSCP, an e-mail was sent to the participants to invite them to the second online administration of the EGSCP. A

total of 271 mothers participated to the second administration; a sample of 200 participants was aimed.

2.4.4 Data Analysis

PSE global scores for the first and the second completion were transformed as they were not normally distributed. The scores were transformed with a 2.5 exponent. These transformations significantly improved the normality of the variable, skewness (divided by 2 standard error) for the first completion was -0.62 and skewness for the second completion was -0.36. Factor analyses were used to assess the factorial validity. The sample was split in two using a simple random sampling to perform these analyses. The first sample (772 observations) was used to perform the exploratory factor analysis and the second (767 observations) was used to perform the confirmatory factor analyses. A confirmatory factor analysis was performed with the model proposed by the authors of the EGSCP and was compared to another model based on the exploratory factor analysis results.

A mixed-effects model was performed to determine the impact of the child's diagnosis on the global score, which allowed to assess the differential validity. Sociodemographic variables were included in the model. Since the parents answered for each of their children, a mixed-effects model was preferred as it includes random effects which allow control within participants correlations (West, 2009). The model included the child's diagnosis as a dichotomous variable: *no diagnosis* (1206 children) or *diagnosis* (333 children). The internal consistency with the Cronbach's alpha was performed to assess the homogeneity and an Intraclass correlation (ICC) was performed to assess the temporal stability. All analyses were achieved with R software environment version 3.5.1.

2.5 Results

2.5.1 Exploratory factor analysis

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test is a measure of sampling adequacy for a factor analysis. If the value is below .5, this means that the sample isn't adequate, and the analysis cannot be performed. A KMO value between .5 and .7 is mediocre, between .7 and .8 is good, between .8 and .9 is very good and a value above .9 is superb (Field et al., 2012). KMO test of the first sample revealed that the sample adequacy is superb (KMO = .92). Bartlett test was significant ($\chi 2$ (300) = 7,992.40, $p < .001$) and the determinant of correlation matrix was above 0.00001 (0.00002). All 25 factors were extracted. The Parallel Analysis Scree Plots proposed 5 components, and the Very Simple Structure proposed 4 factors. Since the instrument is initially composed of 5 factors, the analysis was performed with this number of factors. The exploratory factor analysis was performed using principal-axis factoring and oblimin rotation, the same method used by the authors of the instrument in their validation study (Meunier & Roskam, 2009). Almost every item was related to the factor based on the authors' theory, except for question *Disc5*. Most of the item loadings were over .4, but question *Play5* had crossloadings (see Table 2 for items loadings). Item loadings were mostly above .6 with Factor 5 having the least item loadings above .6. Factor 1 is *Discipline*, Factor 2 is *Play*, Factor 3 is *Instrumental Care*, Factor 4 is *Nurturance* and Factor 5 is *Teaching*. The proportion of variance explained by the factors was 49%. The inspection of the residual correlation matrix revealed that only 4% of the values were above .5, and the Fit based upon off diagonal values was .99. The histogram shape was relatively normal, with a little negative skewness.

2.5.2 Confirmatory factor analyses

The second sample was used to perform theses analyses. First, a confirmatory factor analysis was performed with the initial model of Meunier & Roskam (2009) and a robust estimator was used. Chi-square test was significant ($\chi 2$ (265) = 980.820, $p < .001$), probably because of the sample size. Results showed that the Comparative Fit Index (CFI) value was .898, the Tucker Lewis Index (TLI) value was .885, both acceptable, the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) value was .059, and the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) value was .065, indicating a moderate fit. The value of Akaike Information Criterion (AIC) was 41,930.019, and the value of Schwartz' Bayesian Information Criterion (BIC) was 42,324.631. An inspection of the residual correlations' matrix revealed many problematic correlations; more than thirty correlations were above .10. The coefficients of indicators were all significant ($p < .05$), and they seemed to be good indicators of the latent variables (see Table 3 for all the coefficients of model 1). However, some items seemed to be indicators of lesser value because of their size.

Secondly, a confirmatory factor analysis was performed without the problematic items (Disc5 and Play5), and a robust estimator was used. This second model was compared with the first model. Results of a chi-square test between the first model and the second model showed that the latter was a significantly better model ($\chi 2$ (45) = 167.25, $p < .001$). Chi-square test of the second model was significant ($\chi 2$ (220) = 813.497, $p < .001$). Results showed that the CFI value was .911, the TLI was .898, both acceptable, the RMSEA value was .059, and the SRMR value was .060, indicating a good fit. The AIC value was 38,413.922, and the BIC value was 38,780.679. An inspection of the residual correlation matrix revealed few problematic correlations; twenty were higher than .10. The coefficients remained pretty much the same, they

were all significant ($p < .05$) and seemed to be good indicators of the latent variables (see Table 4 for all the coefficients of model 2).

Lastly, as the second model was not optimal, modifications indices were verified. Results suggested a covariance between *Nurt3* and *Nurt5*. These two items have similar formulations and are associated to the same factor, which confirms the relevance to add this covariance to the model. Results of a chi-square test between the second model and the third model showed that the latter was a significantly better model ($\chi 2$ (1) = 228.51, $p < .001$). Results showed that the CFI value was .931, the TLI was .921, both acceptable, the RMSEA value was .052, and the SRMR value was .052, indicating a good fit. The AIC value was 38,264.662, and the BIC value was 38,636.060. An inspection of the residual correlation matrix revealed only few problematic correlations.

2.5.3 Mixed-effects model and reliability indices

The complete sample and the 23-item version of the EGSCP was used to perform these analyses. Significant results were found for the mixed-effects model (see Table 5 for regression coefficients). Pseudo-R^2 value was .819. Histograms of residual correlations and random effects showed a normal distribution. Results showed that parents in the *diagnosis group* had lower PSE scores than parents in the *no diagnosis group*. Results also showed that child's age and gender were significant, as mothers of boys had lower PSE than mothers of girls, and mothers of older children had lower PSE than mothers of younger children. The internal consistency of the EGSCP was found to be excellent ($\alpha = 0{,}90$). A good temporal stability after a month was found, the average measure of ICC was .85 with a 95% confidence interval from .82 to .875 (F (403,403) = 12.3, $p < .001$).

2.6 Discussion

This current study's goal was to adapt the EGSCP for Quebec parents with five subscales to measure domain-specific PSE. The following psychometric properties were assessed: factorial validity, differential validity, temporal stability and homogeneity.

The exploratory factor analysis showed that the scale has five factors as does the original version. However, two items (*Disc5* and *Play5*) were problematic. The *Disc5* item is about controlling the direction of the child's life, and the *Play5* item is about teaching or reading something to the child. Based on the authors' theory, *Disc5* is related to Factor 1 (*Discipline*), and *Play5* is related to Factor 2 (*Play).* In this study, *Disc5* was related to Factor 5 (*Teaching*), and *Play5* was related to both Factor 2 (*Play*) and Factor 5 (*Teaching*). It seems that *Disc5* item was misunderstood by the Quebec mothers, maybe due to the wording of the question or due to differences in vision of parenthood. In fact, controlling the direction of the child's life may be seen by Belgian parents as discipline where Quebec mothers see this ability as teaching. For *Play5* item, the wording implies both playing and learning, which can explain the crossloadings with Factor 2 and 5. However, the crossloadings can also be due to differences in vision of parenthood. In fact, sitting with a child to teach him something may be seen by Belgian parents as playing, where it is not for Quebec mothers. Thus, *Disc5* and *Play6* items did not seem relevant questions to measure PSE among Quebec mothers.

The first confirmatory factor analysis showed that the initial model of Meunier & Roskam (2009) was not optimal for the Quebec mothers. A second confirmatory factor analysis was performed without the two problematic questions to test if a 23-item model will be more suitable for this population. Finally, a third model with 23 items and a covariance between the items *Nurt3* and *Nurt5* was found to be a better model for Quebec mothers. The CFI and the TLI values were higher, the RMSEA and the SRMR values were lower, and the AIC and BIC were lower. The residual correlation matrix was also

significantly improved. This new model improves the incremental validity of the scale. This 23-item version was used to assess the other psychometric properties.

Good psychometric properties were found for the 23-item EGSCP. The mixed-effects model showed that the scale permits to differentiate parents of children with a diagnosis from parents of children without a diagnosis. Parents who have a child with a diagnosis have lower PSE than parents who have a child without a diagnosis. The homogeneity was excellent, and the temporal stability was found to be good.

This 23-item questionnaire is the first instrument assessing domain-specific PSE adapted for the Quebec parents. Although the EGSCP was originally developed in French, some of the terms used in the instrument were not suitable to Quebec parents' reality. More importantly, although a preliminary adaptation of the scale, the factor analyses permitted to determine that two items were not suitable for this population.

Our findings should be considered with limitations. This study sample was composed of mothers exclusively. However, the sample was large, and mothers came from all over the province. Also, multiple observations for each participant were used to perform the analyses. Since the observations are not independent, this should be considered as a limitation. That being said, the sample was randomly split for the factor analyses and a mixed-effect model was used for control within participant correlations. Mothers answered for each of their children since PSE differed from one child to another. For instance, a study showed that mothers reported lower PSE for their child with autism spectrum disorder than for their typically developing child (Meirsschaut et al., 2010).

To conclude, the present study suggests an adapted 23-item version of the EGSCP that could be use with Quebec mothers. The original instrument of Meunier & Roskam (2009) was validated with parents of children ages 3 to 7. This new version was validated with mothers of children ages 2 to 12 and had good psychometric properties. It is hoped that this proposed version will be used in further studies measuring the PSE of Quebec mothers.

2.7 Références

Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, *25*(5), 729-735.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Beaulieu, M. C., & Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales: Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDAH [Predictors of parenting practices: Parental social cognitions and the behavior of children with ADHD]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *44*(1), 59. https://doi.org/10.1037/a00bandu23844

Beaulieu, M. C., Normandeau, S., & Robaey, P. (2014). Les cognitions sociales des parents d'enfants TDA/H comme prédicteur des pratiques parentales après une intervention [Social cognitions of parents of ADHD children as a predictor of post-intervention parenting practices]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *46*(2), 147-161. https://doi.org/10.1037/a0030176

Cardinal, M-È. (2010). *Comment intervenir sur la compétence et le sentiment de compétence parentale de parents vivant des difficultés?* [How can we intervene on the competence and sense of parental competence of parents experiencing difficulties?]. Master's thesis, University of Montreal, Quebec, Montreal.

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review, 18*(1), 47-85. https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal : Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *24*(2), 126-148. https://doi.org/10.1002/imhj.10048

Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*, 216-222. https://doi.org/10.2307/585293

Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, *10*(1), 13. https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13

Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, *49*(6), 405-418. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00673.x

Hill, C., & Rose, J. (2009). Parenting stress in mothers of adults with an intellectual disability: Parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(12), 969-980. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01207.x

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

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

Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Human Development*, *89*(4), 249-256. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008

Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*(4), 661-669. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.01.002

Meunier, J. C., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a self-report measure. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(5), 495-511. https://doi.org/10.1007/s10826-008-9252-8

Meunier, J. C., Roskam, I., Stievenart, M., Van de Moortele, G., Browne, D. T., & Kumar, A. (2011). Externalizing behavior trajectories: The role of parenting, sibling relationships and child personality. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *32*(1), 20-33. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2010.09.006

Meunier, J. C., Roskam, I., Stievenart, M., Van de Moortele, G., Browne, D. T., & Wade, M. (2012). Parental differential treatment, child's externalizing behavior

and sibling relationships : Bridging links with child's perception of favoritism and personality, and parents' self-efficacy. *Journal of Social and Personal Relationships, 29*(5), 612-638. https://doi.org/10.1177/0265407512443419

Mouton, B., & Roskam, I. (2015). Confident mothers, easier children: A quasi-experimental manipulation of mothers' self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies, 24*(8), 2485-2495. https://doi.org/10.1007/s10826-014-0051-0

Roskam, I., Brassart, E., Loop, L., Mouton, B., & Schelstraete, M. A. (2016). Do parenting variables have specific or widespread impact on parenting covariates? The effects of manipulating self-efficacy or verbal responsiveness. *Child & Family Behavior Therapy*, *38*(2), 142-163. https://doi.org/10.1080/07317107.2016.1172885

Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development, 31*(1), 65-73. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x

Sevigny, P. R., & Loutzenhiser, L. (2010). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: Care, Health and Development, 36*(2), 179-189. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x

West, B. T. (2009). Analyzing longitudinal data with the linear mixed models procedure in SPSS. *Evaluation & the Health Professions, 32*(3), 207-228. https://doi.org/10.1177/0163278709338554

Wittkowski, A., Garrett, C., Calam, R., & Weisberg, D. (2017). Self-report measures of parental self-efficacy: A systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies, 26*(11), 2960-2978. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0830-5

2.8 Appendix

Table 2.1 Participants characteristics

Characteristics	Value
Mother's age (mean (SD))	32.73 (5.92)
Education = High school or less (%)	336 (34.36)
Marital status = Single-parent (%)	175 (17.89)
Employment status = Unemployed or student (%)	224 (22.90)
Total children (mean (SD))	2.04 (0.95)
Children aged from 2 to 12 years old (mean (SD))	1.58 (0.76)
Child's age (mean (SD))	5.32 (2.92)
Child's sex = Boy (%)	789 (51.3)
Child's diagnosis (%)	
None	1206 (78.4)
One or more	333 (21.6)

Table 2.2 Means and standard deviation of the EGSCP

Global score (mean (SD))	92.17 (11.31)
Discipline subscale (mean (SD))	21.33 (4.64)
Instrumental Care subscale (mean (SD))	21.15 (3.36)
Nurturance subscale (mean (SD))	22.27 (2.53)
Play subscale (mean (SD))	14.28 (3.14)
Teaching subscale (mean (SD))	13.16 (1.92)

Table 2.3 Item loadings of the factorial exploratory analysis

Subscales		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Discipline	Disc1	0.85				
	Disc2	0.49				
	Disc3	0.71				
	Disc4	0.67				
	Disc5					0.35
	Disc6	0.73				
	Disc7	0.58				
Play	Play1		0.79			
	Play2		0.83			
	Play3		0.66			
	Play4		0.84			
	Play5		0.36			0.32
Nurturance	Nurt1				0.50	
	Nurt2				0.48	
	Nurt3				0.70	
	Nurt4				0.69	
	Nurt5				0.73	
Instrumental Care	Inst1			0.80		
	Inst2			0.53		
	Inst3			0.59		
	Inst4			0.47		
	Inst5			0.80		
Teaching	Teach1					0.41
	Teach2					0.64
	Teach3					0.40

Table 2.4 Coefficient loadings of model 1

Factor	Question	Standardized Coefficient	Coefficient and Standard Error	Confidence Interval
Discipline	1	0.72	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Discipline	7	0.58	0.69(0.05)***	[0.59;0.78]
Discipline	12	0.78	0.99(0.05)***	[0.89;1.08]
Discipline	19	0.81	1.03(0.05)***	[0.94;1.13]
Discipline	21	0.51	0.58(0.05)***	[0.48;0.68]
Discipline	23	0.76	0.92(0.04)***	[0.85;1.00]
Discipline	24	0.67	0.94(0.05)***	[0.84;1.05]
Instr. Care	2	0.85	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Instr. Care	4	0.63	0.82(0.05)***	[0.72;0.93]
Instr. Care	5	0.60	0.72(0.05)***	[0.63;0.81]
Instr. Care	17	0.59	0.68(0.05)***	[0.57;0.79]
Instr. Care	18	0.88	1.09(0.03)***	[1.03;1.16]
Nurturance	3	0.57	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Nurturance	6	0.48	0.65(0.06)***	[0.54;0.77]
Nurturance	15	0.78	1.03(0.12)***	[0.80;1.26]
Nurturance	16	0.66	1.02(0.08)***	[0.87;1.17]
Nurturance	22	0.81	0.97(0.12)***	[0.74;1.20]
Play	8	0.88	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Play	10	0.82	0.94(0.03)***	[0.87;1.00]
Play	11	0.59	0.76(0.05)***	[0.66;0.86]
Play	13	0.75	0.85(0.04)***	[0.77;0.93]
Play	25	0.53	0.57(0.05)***	[0.48;0.66]
Teaching	9	0.53	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Teaching	14	0.73	1.22(0.12)***	[0.99;1.45]
Teaching	20	0.42	0.66(0.10)***	[0.47;0.86]

Table 2.5 Coefficient loadings of model 2

Factor	Question	Standardized Coefficient	Coefficient and Standard Error	Confidence Interval
Discipline	1	0.73	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Discipline	7	0.57	0.67(0.05)***	[0.57;0.77]
Discipline	12	0.77	0.97(0.05)***	[0.88;1.07]
Discipline	19	0.81	1.01(0.05)***	[0.92;1.11]
Discipline	23	0.77	0.92(0.04)***	[0.84;1.00]
Discipline	24	0.66	0.92(0.05)***	[0.82;1.03]
Instr. Care	2	0.85	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Instr. Care	4	0.63	0.82(0.05)***	[0.72;0.93]
Instr. Care	5	0.60	0.72(0.05)***	[0.63;0.81]
Instr. Care	17	0.59	0.68(0.05)***	[0.57;0.79]
Instr. Care	18	0.88	1.09(0.03)***	[1.03;1.16]
Nurturance	3	0.56	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Nurturance	6	0.48	0.65(0.06)***	[0.54;0.77]
Nurturance	15	0.78	1.04(0.12)***	[0.81;1.27]
Nurturance	16	0.66	1.02(0.08)***	[0.87;1.17]
Nurturance	22	0.81	0.97(0.12)***	[0.75;1.20]
Play	8	0.88	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Play	10	0.83	0.94(0.03)***	[0.87;1.01]
Play	11	0.58	0.75(0.05)***	[0.65;0.84]
Play	13	0.74	0.83(0.04)***	[0.75;0.91]
Teaching	9	0.53	1.00(0.00)	[1.00;1.00]
Teaching	14	0.73	1.23(0.12)***	[0.99;1.46]
Teaching	20	0.42	0.66(0.10)***	[0.47;0.85]

Table 2.6 Regression coefficients of the model with dichotomous variable

Predictors	Global EGSCP score *Standardized estimates*
(Intercept)	0.07 (-0.27 – 0.42)
Age	0.01 (-0.01 – 0.02)
Education (ref = high school or less)	0.12 (-0.01 – 0.25)
Marital status (ref = in a relationship)	-0.07 (-0.22 – 0.08)
Occupation (ref = employed)	-0.01 (-0.15 – 0.13)
Child Gender (ref = girl)	-0.11 ** (-0.20 – -0.03)
Child Age	-0.03 *** (-0.05 – -0.01)
Child Diagnosis (ref = no diagnosis)	-0.36 *** (-0.47 – -0.25)
Observations	1538
R^2 / Omega-squared	0.819 / NA
** p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001*	

CHAPITRE III

RELATIONSHIP BETWEEN PARENTING SELF-EFFICACY, SERVICES, DEPRESSIVE SYMPTOMS, PARENTING STRESS AND FAMILY FUNCTIONING AMONG QUEBEC MOTHERS OF CHILDREN WITH ASD

Lefebvre, C., Forget, J. & Valois, P.

Article soumis à *Journal of Autism and Developmental Disorders*

3.1 Abstract

Parenting self-efficacy (PSE) is the parent's self-perceived competence in their role. Parents of children with an autism spectrum disorder (ASD) are particularly at risk to have low PSE. Studies have shown that this population has lower PSE than parents with normally developing child. Studies showed that PSE is related to many important variables among parents of children with ASD, such as parenting stress, depressive symptoms and family functioning. Families of children with ASD receive rehabilitation services, such as parenting program or intensive behavioural intervention. Some studies showed that PSE is associated with ASD-focused services, such as parenting programs. The article is divided into two studies with two different samples. The first objective of the first study is to evaluate with Quebec mothers the influence on PSE of receiving ASD-focused services (N = 147) or being on a waiting list (N = 67). The second objective is to evaluate the relationship between PSE and depressive symptoms, parenting stress and family functioning. The objective of the second study is to evaluate the influence on PSE of different targets of services: individual or group services, child-oriented services, parents-oriented services and siblings-oriented services. Participants of the two samples were recruited on the social network *Facebook* to complete an online survey. Results showed that higher parenting stress and higher family dysfunction was associated with lower PSE. Results also showed that ASD-focused services were not related to PSE in the two studies. Clinical implications of these results are discussed.

Keywords: Parenting self-efficacy; Services; Parental Cognition; Autism spectrum disorder; Quebec mothers.

3.2 Résumé

Le sentiment de compétence parentale (SCP) est la perception du parent quant à sa compétence dans son rôle. Les parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sont particulièrement à risque d'avoir un faible SCP. En effet, des études ont montré qu'ils ont un SCP plus faible que les parents d'enfants tout-venant. Le SCP est lié à plusieurs variables importantes auprès des parents d'enfants ayant un TSA, comme le stress parental, les symptômes dépressifs et le fonctionnement familial. Les familles d'enfants ayant un TSA reçoivent des services de réhabilitation, comme des programmes d'habiletés parentales ou de l'intervention comportementale intensive. Des études ont montré que le SCP est associé aux services pour les familles d'enfants ayant un TSA, comme les programmes d'habiletés parentales. Cet article est divisé en deux études avec deux échantillons distincts. Le premier objectif de la première étude est d'évaluer chez des mères québécoises l'influence de recevoir des services liés au TSA (N = 147) ou d'être sur une liste d'attente (N = 67) sur le SCP. Le second objectif est d'évaluer la relation entre le SCP et le stress parental, les symptômes dépressifs et le fonctionnement familial. L'objectif de la deuxième étude est d'évaluer l'influence de différentes cibles des services sur le SCP : services individuels ou en groupe, services orientés vers l'enfant, services orientés vers le parent et services orientés vers la fratrie. Les participants des deux échantillons ont été recrutés sur le réseau social *Facebook* et ont rempli des questionnaires en ligne. Les résultats montrent qu'un stress parental élevé et un dysfonctionnement familial élevé sont associés à un faible SCP. Les résultats des deux études montrent également que les services pour les familles d'enfants ayant un TSA ne sont pas liés au SCP. Les implications cliniques de ces résultats seront discutées.

Mots-clés : Sentiment de compétence parentale ; Services ; Cognition Parentale ; Trouble du spectre de l'autisme ; Mères québécoises.

3.3 Introduction

Self-efficacy is the individual's perceived capacities to successfully accomplish an action or task, and it varies within contexts or activities in which a person engages (Bandura, 1977). Parenting self-efficacy (PSE) is the self-efficacy related to parenthood. PSE is the parent's self-perceived competence in their role (Coleman & Karraker, 2003). A review showed that a higher PSE is associated with better child care (Coleman & Karraker, 1997). Studies found that parents with high PSE tend to use effective and positive parenting practices, such as praise and positive verbal discipline, and parents with low PSE tend to use negative parenting practices, such as physical punishment and inconsistent discipline (Beaulieu & Normandeau, 2012; Sanders & Woolley, 2005).

PSE differs according to the child's difficulties. A study with mothers having a child with behavioral problems showed that more behavioral problems are associated with lower PSE (Sanders & Woolley, 2005). Studies with parents of children with an attention-deficit hyperactivity disorder or with an autism spectrum disorder (ASD) showed that these parents have lower PSE than parents of children without these disorders (Belchic, 1995; Hahn, 2018; Primack et al., 2012). Another study showed that mothers reported lower PSE for their child with ASD than for their typically developing child (Meirsschaut et al., 2010). Some studies also compared parents of children with ASD with parents of children with other disorders such as Down syndrome (Rodrigue et al., 1990; Smart, 2016). Rodrigue and colleagues (1990) found that parents of children with ASD have lower PSE than parents of children with Down syndrome. Thus, parents of children with ASD are particularly at risk to have low PSE.

ASD is a neurodevelopmental disorder characterized by deficits in communication and social interaction, as well as behaviors, activities and interests that are both repetitive and restricted (American Psychiatric Association, 2013). Children with ASD often

suffer from sleep disorders, eating disorders (e.g., food selectivity), behavioral problems (e.g., violence, self-harm), behavioral rigidity (e.g., inflexible routines) and can exhibit unsafe behaviors (e.g., unawareness of danger, running away; Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). In a study, parents of children with ASD state that the reactions and behaviors of their child are often unpredictable, such as their sensitivity to certain stimuli, which can lead to tantrums or ‘’meltdowns’’ in public (Ryan, 2010). When theses situations happen, others often questioned their parenting skills since there are no apparent signs of ASD (Ryan, 2010). When they use usually effective parenting practices with children without ASD, parents of children with ASD may experience frustration and feelings of failure (Fields, 2006). As a result of all these challenges, parents of children with ASD can experience low PSE. Also, they often experience parenting stress (Kuhn & Carter, 2006; Lai, 2013), can have depressive symptoms (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011) and can experience difficulties related to family functioning (Gau et al., 2012; Rao & Bedel, 2009; Rodrigue et al., 1990).

A meta-analysis (Hayes & Watson, 2013) including 15 studies showed that parents of children with ASD have higher parenting stress than parents of normally developing children, and higher parenting stress than parents of children with other disorders (e.g., Down syndrome). Parenting stress is a state of psychological discomfort experienced by the parent related to the education of their child (Abidin, 1986). Higher PSE is related to lower parenting stress among parents of normally developing children (Hill & Rose, 2009; Kuhn & Carter, 2006; Meunier & Roskam, 2009), and among parents of children with ASD (Kuhn & Carter, 2006; Lai, 2013). Lai (2013) found a high negative correlation between PSE and parenting stress (r = -.73, p < 0.01) among 69 parents of children with ASD ages 6 to 18.

Studies showed that parents of children with ASD are at risk of experiencing depressive symptoms (Taylor & Warren, 2012; Ventola et al., 2017). Higher PSE is associated

with fewer depressive symptoms and this relationship was found among parents of children with ASD (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011). A study (Kuhn & Carter, 2006) with 170 mothers of children with ASD ages 2 to 10 found that PSE is negatively correlated to depressive symptoms (r = -.33, $p < 0.001$). Studies also showed that parents of children with ASD have poorer family functioning than parents of normally developing children (Gau et al., 2012; Rao & Bedel, 2009; Rodrigue et al., 1990). Higher PSE is associated with higher family functioning (Nadeau, 2008; Sevigny & Loutzenhiser, 2010; Vance et al., 2020). To our knowledge, no studies have examined this relationship among parents of children with ASD.

In Quebec, children ages 2 to 5 diagnosed with ASD should receive public rehabilitations services, according to a governmental policy introduced in 2003 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Despite this policy, many families struggle to have access to services and can sometimes be on a waiting list for one to two years (des Rivières-Pigeon & Courcy, 2014). To meet the high demand, various types of ASD-focused services are offered to these families (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). ASD-focused services are individual or in group and may target the child, their parents, or their siblings.

Several services focus on the child with ASD, such as the intensive behavioural intervention (IBI) or the Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH). The IBI, based on applied behavior analysis (ABA), is an early and intensive individual intervention which aims to develop the child's abilities and skills in all aspects of their life (Lovaas, 1987). The TEACCH approach is a structured classroom teaching method that allows children to acquire autonomy and useful strategies that will help them throughout their lives (Piazza & Fadanni, 2002). Parents are actively involved in these types of interventions and their involvement can vary (des Rivières-Pigeon & Courcy, 2014). For instance, parents have to apply the intervention at home in order to promote generalization of

learning. To our knowledge, only one study has examined the influence on PSE of an intervention targeting children with ASD (Abouzeid & Poirier, 2014). This study examined the perceptions of Quebec mothers of children with ASD who received IBI. They found that the majority of mothers interviewed (11 out of 15) had a more positive view of their parenting skills.

Some services are intended for parents of children with ASD, such as parenting programs, support groups and respite services (Poirier & Vallée-Ouimet, 2015). Parenting programs are usually performed in groups of 6 to 10 parents and provide tools for more effective interventions with children with ASD (Hauth-Charlier, 2009). Several studies have reported a relationship between PSE and parenting programs among various populations of parents (Barlow et al., 2002; Frantz et al., 2018; Nowak & Heinrichs, 2008; Tellegen & Sander, 2013). A meta-analysis including twelve studies (Tellegen & Sander, 2013) showed that the parenting program *Stepping Stones Triple P*, commonly used with parents of children with ASD, increased parenting satisfaction and PSE. To our knowledge, only two studies had examined the relationship between a service offered to Quebec parents of children with ASD and PSE (Abouzeid et al., 2019; Beaudoin, 2018). A recent thesis (Beaudoin, 2018) showed that the program has no effect on the PSE reported by the *Parenting Sense of Competence* questionnaire, but parents expressed an improvement of their PSE in qualitative interviews. A study (Abouzeid et al., 2019) that used the same questionnaire found that PSE has increase after a parenting program.

Since siblings of children with ASD are likely to experience difficulties, some services are available for them, such as summer camps or support groups (Claudel-Valentin et al., 2020; Gascon et al., 2005). In Quebec, only one study was conducted on a program for siblings of children with ASD (Gascon et al., 2005). This study with nine children ages 7 to 11 showed that the *Entraide Phratrie* program, which aims to develop coping strategies and mutual support in a summer camp context, was appreciated by all

participants and that objectives were achieved (Gascon et al., 2005). However, no parental variables were measured.

Few studies among parents of children with ASD examined the relationship between PSE and parenting stress, depressive symptoms and family functioning (Hill & Rose, 2009; Kuhn & Carter, 2006; Meunier & Roskam, 2009; Rezendes & Scarpa, 2011), even though these are significant variables for this population (Gau et al., 2012; Hayes & Watson, 2013; Rodrigue et al., 1990; Taylor & Warren, 2012; Ventola et al., 2017). Although some studies have shown a relationship between ASD-focused services and PSE (Abouzeid & Poirier, 2014; Abouzeid et al., 2019; Beaudoin, 2018; Tellegen & Sanders, 2013), these studies have generally focused on interventions for parents. To our knowledge, no studies have examined the influence on PSE of receiving any ASD-focused services or being on a waiting list for these types of services. Moreover, no studies have examined the influence on PSE of different targets of services. The objective of this article is to evaluate the influence on PSE of ASD-focused services and the influence of parenting stress, depressive symptoms and family functioning. The article is divided in two studies with two different samples.

3.4 Study 1 Objectives

The first objective of this study is to examine with Quebec parents the influence on PSE of receiving services or being on a waiting list. This objective will allow to evaluate the influence of services on PSE. The goal is not to determine their overall effectiveness. The second objective is to evaluate the influence on PSE of depressive symptoms, parenting stress and family functioning. First, this second objective will allow to examine the influence of these variables on PSE among parents of children with ASD. Second, it will allow to include these important variables in the regression model.

3.5 Study 1 Method

3.5.1 Participants

Inclusion criteria were the following: (1) be a resident of Quebec; (2) be a parent of a child with ASD ages 2 to 12; (3) ASD should have been diagnose by a professional (i.e., doctor, psychiatrist or psychologist); (4) be on a waiting list for services or currently receive ASD-focused services; (5) be able to complete an online survey in French. Parents of children with ASD ages 2 to 12 were recruited. This population was preferred as early intervention in the child's development is recommended and the ASD diagnosis is given within this age range. A sample composed of 212 mothers of children with ASD ages 2 to 12 participated in the study. They came from different cities of Quebec (see Table 1). Few fathers responded to the online study and were therefore excluded from the analyses. Each parent filled out a consent form. A total of 147 mothers were receiving ASD-focused services and 67 mothers were on a waiting list. Diagnostics were not validated as they are protected by a professional association.

3.5.2 Instrument

3.5.2.1 In-house questionnaire

An in-house questionnaire collected socio-demographic information (e.g., age, sex, education level) and verified inclusion criteria. For instance, a question was about the professional that gave the ASD diagnosis, and parents who answered ‘‘none’’ were automatically excluded. Parents had to indicate if they were currently receiving services for their child with ASD or if they were on a waiting list. Parents were asked

to describe from one to six services they are receiving (name, hours per session, number of sessions per week and how long they have been receiving the service).

3.5.2.2 Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale

The *Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* (EGSCP) is a 25-item scale measuring PSE (Meunier & Roskam, 2009). The EGSCP has five subscales: discipline, play, nurturance, instrumental care and teaching. Each item is rated on a 5-point Likert scale ranging from ‘‘disagree’’ to ‘‘totally agree’’. The scale has a good internal consistency (α = .84), a good divergent validity with parenting stress, and a good convergent validity with parenting satisfaction and self-esteem. Lefebvre, Valois and Forget (submitted) proposed a 23-item version of the EGSCP for Quebec parents. This version has an excellent internal consistency (α= .90) and a good temporal stability (r = .85). The scores of the 23-item version ranged from 23 to 115, a higher score indicating a higher PSE.

3.5.2.3 Beck Depression Inventory – Short Form

Depressive symptoms were assessed with the *Beck Depression Inventory – Short Form* (BDI-SF; Beck et al., 1974). Each item on this 13-item scale is composed of four statements describing different degrees of symptom intensity for the past week, the first statement is the lowest degree (0), and the last statement is the highest degree (4). The BDI-SF scores ranged from 0 to 39 and were found to be highly correlated with the long version scores (r = .89 to r = .97; Beck et al., 1974). A validated French version of the BDI-SF was used in this study (Collet & Cottraux, 1986).

3.5.2.4 Parenting Stress Index – Short Form

Parenting stress was assessed with the *Parenting Stress Index – Short Form* (PSI-SF; Abidin, 1990). Each item on this 36-item instrument is rated on a 5-point Likert scale ranging from ‘‘strongly agree’’ to ‘‘strongly disagree’’. The scores ranged from 36 to 180, a higher score indicating a higher parenting stress. The PSI-SF has a good internal consistency (r = 0.91), and scores were found to be highly correlated with the long version scores (r = 0.87; Abidin, 1990). A validated French version of the PSI-SF was used in this study (Toucheque, Etienne, Stassart & Catale, 2016).

3.5.2.5 General functioning 12-item subscale

Family functioning was assessed with the *General Functioning 12-item subscale* (GF12) of the *McMaster Family Assessment Device* (Epstein et al., 1983). Each item is rated on a 4-point Likert scale ranging from ‘‘strongly agree’’ to ‘‘strongly disagree’’. The scores ranged from 1.0 to 4.0, a higher score indicating a worse family functioning. The GF12 has a good internal consistency (r = 0.86), a good convergent validity with marital disharmony, and a good divergent validity with income and the parent’s general health (Byles et al., 1988). A validated French version of the GF-12 was used in this study (Speranza et al., 2012).

3.5.3 Procedure

This study was approved by the *Comité d’éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de la Faculté des sciences humaines* (CERPE FSH). Participants were recruited on the social network *Facebook* over a two-month

period. Each mother filled out a consent form and completed all instruments through the online survey platform *Interceptum*. Participants were asked to choose the child for whom they have the most concern if they had two or more ASD children ages 2 to 12. During the PSE questionnaire, they were asked to think of the child previously chosen.

3.5.4 Data analysis

A correlation matrix was generated between PSE, depressive symptoms, parenting stress and family functioning. To determine the relationship between PSE and services alone, a dependent t-test was carried out between mothers on a waiting list (67 mothers) and mothers receiving services (147 mothers). A regression model was performed to determine the relationship between PSE and services, depressive symptoms, parenting stress, and family functioning. Sociodemographic information was included in the model: age, marital status, employment status, education, child's age and sex, and whether the child has comorbid conditions or not. The model included the services as a dichotomous variable: *waiting list* (67 mothers) or *services* (147 mothers). All analyses were achieved with R software environment version 3.5.1.

3.6 Study 1 Results

There was no significant effect of services t (116.24) = -1.6049, p = 0.111, although mothers on the waiting list (M = 80.07) had lower PSE scores than mothers receiving services (M = 83.34). Significant predictors in the regression model and standardized β are presented in Table 3. Results showed that the *waiting list* and *services* groups were not significantly related to PSE scores, as shown by the t-test. Depressive symptoms scores were not significantly related to PSE scores. An increase in parenting

stress scores (β= -.03, $p < .001$) and family functioning scores (β= -.43, $p < .001$) was associated with a reduction in EGSCP scores. Mother's age (β = .02, $p < .05$) and mother's education (β = .27, $p < .05$) were found to be significantly related to PSE score: older mothers had higher PSE scores than younger mothers and mothers with a higher education level had higher PSE scores than mothers with a lower education level. Child's gender (β = -.24, $p < .05$) was also found to be significantly associated with PSE score: mothers of boys had lower PSE than mothers of girls.

Since depressive symptoms were not significantly correlated to PSE, the correlation matrix was examined to assess multicollinearity. Multicollinearity is a statistical problem when two or more variables are highly correlated together and these correlations affect the regression model (Field et al., 2012). The correlation between parenting stress and depressive symptoms was high, although below the interval indicating a multicollinearity problem (r = .80 to r = .90; Field et al., 2012). To detect a multicollinearity problem in the regression model, two indices were used : variance-inflation factor (VIF) and tolerance. VIF value has to be below 10 (some authors rather recommend below 2.5) and tolerance value has to be above .10 (some authors rather recommend above .40; Allison, 1999; Field et al., 2012). An examination of these indices confirmed no multicollinearity problem, even when the stricter values are applied. The minimum tolerance value was 0.45 and the maximum VIF value was 2.19. Thus, the regression model will remain unchanged.

3.7 Study 1 Discussion

The study goals were to evaluate the influence on PSE of receiving services or being on a waiting list and the influence on this variable of depressive symptoms, parenting stress and family functioning. Results showed that PSE was the same for mothers

receiving ASD-focused services and for mothers being on a waiting list. Thus, receiving ASD-focused services seem to have no influence on PSE. Since few studies evaluated the influence of these types of services on PSE (Abouzeid & Poirier, 2014; Tellegen & Sanders, 2013) and the study on child-oriented services (Abouzeid & Poirier, 2014) have found mixed results, the results of this study was difficult to predict. However, it was expected that receiving services would have an influence on PSE.

Results showed that higher parenting stress was associated with lower PSE. These results are consistent with previous studies among parents of children with ASD (Hill & Rose, 2009; Meunier & Roskam, 2009; Salonen et al., 2009; Sevigny & Loutzenhiser, 2009). Results showed that higher family dysfunction is associated with lower PSE. This relationship was found in previous studies (Nadeau, 2008; Sevigny & Loutzenhiser, 2010; Vance et al., 2020). To our knowledge, this is the first study to examine this relationship within parents of children with ASD.

However, depressive symptoms were not associated with PSE, which differ from previous studies who found that depressive symptoms were related to lower PSE among this population (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011). Parenting stress and depressive symptoms were highly correlated (r = .67), and some of the PSI-SF questions seemed to assess depressive symptoms, such as lack of enjoyment and interest in others. Thus, the presence of parenting stress in the regression model may explain the absence of a relationship between depressive symptoms and PSE. However, multicollinearity indices showed that this correlation did not affect the regression model.

PSE was found to be associated with mother's age and education, older mothers had a higher PSE than younger ones and mothers with a higher education level had higher PSE than those with a lower education level. These relationships were found in other studies (Coleman & Karraker, 2000; Jackson, 2000; Vance et al., 2020). Older mothers may have more experience as a parent and therefore perceived themselves as more

competent, perhaps because their child is older, or they have other children. Mothers with a lower education level may perceive themselves as less competent in some domains such as teaching things to their child. PSE was found to be associated with child's gender; mothers of girls had higher PSE than mothers of boys. This relationship was found in a study with 978 mothers of children with or without a diagnosis (Lefebvre, Valois & Forget, submitted). It is possible that parents perceived themselves as more competent with a child of their gender because they can identify to their child more easily. Further research should investigate this relationship with fathers to see if they have higher PSE with their sons than with their daughters.

In this study, all types of ASD-focused services were grouped together, and no question were asked on the targets of these services. Thus, it did not allow to evaluate the influence on PSE of different targets of services. The following study allowed to evaluate this aspect.

3.8 Study 2 Objective

The objective of this study is to evaluate the influence on PSE of different targets of services received by families of children with ASD: individual or group services, child-oriented services, parents-oriented services and siblings-oriented services.

3.9 Study 2 Method

3.9.1 Participants

Inclusion criteria were the following: (1) be a resident of Quebec (2) be a parent of a child with ASD ages 2 to 12; (3) ASD should have been diagnose by a professional; (4)

must currently receive ASD-focused services for at least three months. A sample composed of 109 mothers of children with ASD ages 2 to 12 participated in the study. Participants from the sample came from different cities of Quebec (see Table 4). Few fathers responded to the online study and were therefore excluded from the analyses. Each parent filled out a consent form.

3.9.2 Instruments

3.9.2.1 In-house questionnaire

An in-house questionnaire collected socio-demographic information (e.g., age, sex, education level) and verified inclusion criteria. Parents had to indicate if they were currently receiving ASD-focused services and parents who answered ‘‘no’’ were automatically excluded. Parents were asked to describe from one to four services they were receiving (name, professional who provides the service, where the service take place, hours per session, number of sessions per week and how long they have been receiving the service). They were asked if one or more of the services they receive is individual or in group and if one or more is targeting, in part or in whole, themselves as a parent, their child with ASD, and their child’s siblings.

3.9.2.2 Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale

As in the study 1, the 23-item version of the EGSCP was used for this study (Lefebvre, Valois & Forget, submitted).

3.9.3 Procedure

This study was approved by the *Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains* (CERPE FSH). Participants were recruited on the social network *Facebook* over a two-month period. Each mother filled out a consent form and completed the in-house questionnaire and the EGSCP through the online survey platform *Interceptum*. Participants were asked to choose the child for whom they have most concern if they had two or more ASD children ages 2 to 12. They were asked to think of the child previously chosen when they completed the EGSCP.

3.9.4 Data analysis

A regression model was performed to determine the influence of different targets of services on PSE. These targets were selected based on participants' responses (see Table 5). The model included the targets of the services as dichotomous variables, receiving parent-oriented service (partly or fully focused) or not, receiving an individual parent-oriented service or not, receiving a group parent-oriented service or not, receiving a siblings-oriented service (partly or fully focused) or not, receiving an individual child-oriented service or not and receiving a group child-oriented service or not. Sociodemographic information was included in the model: age, marital status, income, employment status, education, child's age, child's sex and child's having comorbid conditions or not. All analyses were achieved with R software environment version 3.5.1.

3.10 Study 2 Results

Significant predictors in the model and standardized β are presented in Table 6. Results showed that none of the targets were significantly related to EGSCP scores: receiving a parent-oriented service, an individual parent-oriented service, a group parent-oriented service, a sibling-oriented service, an individual child-oriented service and a group child-oriented service were not related to EGSCP scores. Mother's marital status (β = -.81, $p < .01$) and mother's education ($\beta = .62$, $p < .001$) were found to be significantly related to EGSCP score: single-parent mothers had lower EGSCP scores than mothers in a relationship and mothers with a higher education level had higher EGSCP scores than mothers with a lower education level.

3.11 Study 2 Discussion

The study goal was to examine the influence on PSE of different targets of ASD-focused services. Results showed that none of the targets of the ASD-focused services were significantly related to PSE. These results are not surprising for the targets related to the siblings and the child with ASD, especially considering the results of the first study. The first study found that receiving any services was not related to PSE, which can explain why targets related to the siblings or the child were not related to PSE. In addition, since these types of services do not target the parent directly, this may explain why they have no influence on PSE. However, the results for the targets related to the parents are interesting. Partly or fully parent-focused services received by these participants are not associated with PSE. Previous studies on parenting programs (Tellegen & Sanders, 2013) showed that these interventions could enhance PSE; it was expected that receiving partly or fully parent-focused services would influence PSE. Few mothers reported receiving a parenting program, which could explain the results.

Results showed that education was associated with PSE, mothers with a higher level of education had higher PSE than mothers with a lower level of education. Marital status was found to be associated with PSE, single-parent mothers having lower PSE than mothers in a relationship. Single mothers may feel less competent due to a sense of overload because they are not sharing parental responsibilities with a partner. However, this result was not found in the first sample, maybe because the proportion of single mothers was larger in the second sample. Some studies found no relationship between PSE and marital status (Coleman & Karraker, 2003; Hess et al., 2004; Verhage et al., 2013). A recent study with mothers of children with a complex and chronic medical condition (Vance et al., 2020) found a different result. Mothers married or living with a partner had lower PSE than single mothers, but the authors did not assess marital satisfaction. Since results vary from one study to another, future studies should further investigate the association between PSE and marital status among parents of children with ASD.

3.12 General Discussion

The purpose of this article was to determine the influence on PSE of Quebec parents of ASD-focused services and their targets, and to examine the influence on PSE of depressive symptoms, parenting stress and family functioning. Parenting stress and family functioning was found to be significantly related to PSE. These results suggest that parenting stress and family functioning are important variables among parents of children with ASD, especially when measuring PSE. Moreover, this study showed that higher family dysfunction is associated with lower PSE among this population. This result is interesting since this is the first study to examine this relationship with parents of children with ASD.

The results of this article showed that ASD-focused services, even when partly or fully parent-focused, have no influence on PSE. This result does not question the effectiveness of these types of services for families. Indeed, these services can be very effective without having any effect on PSE. These findings can be explained in many ways. First, it is possible that ASD-focused services increase PSE, or even decrease this variable, but our instrument is not able to detect this difference. Second, even if we conducted a second study with different targets of ASD-focused services, multiple services are available for families and maybe this variability prevents finding a significant effect. Third, as stated by Bandura (1977), experiencing repetitive successes is the most influential source to increase self-efficacy. To increase PSE, a parent can learn new parenting skills and change their behaviors in order to intervene more effectively with their child. As time goes by, the parent will experience successes with their child that will increase their PSE. It is possible that several ASD-focused services do not aim at increasing parenting skills and changing parental behavior. Also, maybe some services aim to increase parenting skills, but can not bring the parent to make significant changes in their behavior. Thus, parents do not experience successes that can increase their PSE. Also, some ASD-focused services require the involvement of the parent, which increase their responsabilities. These new challenges can be overwhelming for the parent and they can feel unable to face them. Consequently, their PSE can stay stable or even decrease. Fourth, ASD-focused services may influence parents differently. For some parents, ASD-focused services could increase their PSE. For others, ASD-focused services could decrease their PSE, which can lead to a non-significant effect. Lastly, in the first study, we did not assess for how long mothers were waiting for services or for how long they were receiving them. This time frame may be important to detect a significant difference in PSE. Also, in the second study, parents who had been receiving services for three months were recruited. However, maybe this time frame is not long enough to detect a significant effect on PSE of differents targets of services.

A few limitations should be taken into consideration with regard to findings. First, because our analyses were correlational, no causal assertion can be made. Second, the two samples were composed of mothers exclusively. It would be interesting to investigate the relationship between PSE and services with fathers to see if the results would be similar. However, since mothers came from all over the province of Quebec and belonged to diverse socio-economic backgrounds, results may be generalizable to this population. Third, the assessments were all self-reported questionnaires. Future research should mix qualitative and quantitative measures (e.g., semi-structured interviews) to assess the consistency of responses between these methods. Fourth, this article did not include some important variables as time, severity of the diagnosis, delay since diagnosis and the parent's subjective perception that the ASD-focused services are effective for their child and their family. However, to obtain the severity of the diagnosis, an assessment of the ASD would have been necessary. Lastly, all types of ASD-focused services were grouped together in the two studies, which could have mitigated the effect on PSE of some types of services.

Future studies should investigate the effect on PSE of specific ASD-focused services by measuring this variable before and after receiving the intervention. Conducting separate studies could allow for the identification of services that have no effect on PSE, in order to make specific modification suggestions. If a service aims to increase parenting skills, is there any given support to ensure that parents use them on a daily basis? If a service requires the involvement of the parent, is there any given support to help them and to ensure that they don't feel overwhelmed? Also, conducting seperate studies could allow to see if any ASD-focused services have an effect on PSE. If none of these services have an effect on PSE, it may be interesting to investigate the effect of a program that specifically increase PSE (Roskam et al., 2015; Roskam et al., 2016). If these programs successfully increase PSE of this population, it will be important to provide it to all parents of children with ASD.

3.13 Conclusion

PSE is an important variable to enhance among parents of children with ASD since they are at risk to have low PSE (Belchic, 1995; Hahn, 2018; Primack et al., 2012). Higher PSE is associated with higher family functioning (Salonen et al, 2009; Sevigny & Loutzenhiser, 2009), using more effective strategies and adopting a more positive discipline with the child (Beaulieu & Normandeau, 2012; Sanders & Woolley, 2005), and better child care (Coleman & Karraker, 1997). Lower PSE is associated with higher parenting stress (Kuhn & Carter, 2006; Lai, 2013) and more depressive symptoms (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011). This article suggests that ASD-focused services may not influence PSE, but further studies are needed. Thus, this study emphasizes the need for further studies on ASD-focused services and PSE in order to enhance this concept among parents of children with ASD.

3.14 References

Abidin, R. R. (1986). *Parenting Stress Index: Manual*. Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.

Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index:(Short Form)*. Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.

Abouzeid, N., & Poirier, N. (2014). Perceptions de mères d'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme ayant reçu une intervention comportementale intensive : leurs ressources et leurs défis [Perceptions of mothers of children with autism spectrum disorder who received intensive behavioral intervention: their resources and challenges]. *Revue de psychoéducation, 43*(2), 201-233.

Abouzeid, N., Rivard, M., Mestari, Z., & Boulé, M. (2019). Effets d'une intervention médiée par les parents basée sur le modèle précoce de Denver pour les parents d'enfants ayant un diagnostic récent de trouble du spectre de l'autisme [Effects of a Parent Mediated Intervention Based on the Early Start Denver Model for Families of Children with Autism Spectrum Disorder]. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, 31*(162).

Allison, P. D. (1999). *Multiple regression: A primer*. Pine Forge Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice, 52*(476), 223-233.

Beaudoin, A. J. (2018). *Les parents et leur enfant à risque de trouble du spectre de l'autisme bénéficient d'un programme d'accompagnement parental [Parents and their child at risk of Autism Spectrum Disorder receive a parenting support program]*. Doctorat dissertation, Université de Sherbrooke.

Beaulieu, M. C., & Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales: Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDAH [Predictors of parenting practices: Parental social cognitions and the behavior of children

with ADHD]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *44*(1), 59. https://doi.org/10.1037/a00bandu23844

Beaulieu, M. C., Normandeau, S., & Robaey, P. (2014). Les cognitions sociales des parents d'enfants TDA/H comme prédicteur des pratiques parentales après une intervention [Social cognitions of parents of ADHD children as a predictor of post-intervention parenting practices]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *46*(2), 147-161. https://doi.org/10.1037/a0030176

Beck, A. T., Rial, W. Y., & Rickels, K. (1974). Short form of depression inventory : cross-validation. *Psychological Reports*.

Belchic, J. K. (1995). *Stress, social support, and sense of parenting competence: A comparison of mothers and fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development across the family life cycle*. Non-published doctoral dissertation. Rutgers The State University of New Jersey New Brunswick.

Byles, J., Byrne, C., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1988). Ontario Child Health Study: reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, *27*(1), 97-104. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00097.x

Claudel-Valentin, S., Arnould, D., Clément-Christophe, S., Thomazo, C., & Dayan, C. (2020). Groupes fratries comme dispositifs d'accompagnement des frères et sœurs d'enfants porteurs de handicap et/ou maladie: une revue de la littérature [Sibling groups as a support system for siblings of children with disabilities and/or illnesses: a review of the literature]. *Pratiques Psychologiques*. https://doi.org/10.1016/j.prps.2020.06.008

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review, 18*(1), 47-85. https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, *49*(1), 13-24. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00013.x

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal : Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *24*(2), 126-148. https://doi.org/10.1002/imhj.10048

Collet, L., & Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items) [Abbreviated Beck Depression Inventory (13 items)]. *L'Encéphale, 10*, 77-79.

Des Rivières-Pigeon, C., & Courcy, I. (2014). *Autisme et TSA: quelles réalités pour les parents au Québec?: Santé et bien-être des parents d'enfant ayant un trouble dans le spectre de l'autisme au Québec [Autism and ASD: What are the realities for parents in Quebec?: Health and well-being of parents of children with autism spectrum disorders in Quebec]*. Québec : Presse de l'Université du Québec.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device*. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*(2), 171-180. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x

Field, A., Miles, J., & Field, Z. (2012). *Discovering statistics using R*. Sage publications.

Fields, M. A. (2006). *Parenting children on the autistic spectrum: A survey of parents' perceived self-efficacy*. Doctorat dissertation, The Wright Institute.

Frantz, R., Hansen, S. G., & Machalicek, W. (2018). Interventions to promote well-being in parents of children with autism: a systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, *5*(1), 58-77. https://doi.org/10.1007/s40489-017-0123-3

Gascon, H., Pépin, G., & Aubé, J. (2005). Évaluation du programme « Entraide phratrie » offert dans un contexte de camp de vacances estival [Evaluation of the "Entraide phratrie" program offered in a summer camp context]. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle, Nspécial (Mai)*, 40-45.

Gau, S. S. F., Chou, M. C., Chiang, H. L., Lee, J. C., Wong, C. C., Chou, W. J., & Wu, Y. Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *6*(1), 263-270. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.007

Hahn, A. (2018). *Maternal Self-Efficacy for Autism Spectrum Disorder Children Compared to Non-Autism Spectrum Disorder Children*. Doctorat dissertation, Adler School of Professional Psychology.

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(3), 629-642. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y

Hauth-Charlier, S. (2009). Approche familiale dans le TDA/H : fondements et présentation d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales adapté pour la population française [A Family Approach to ADHD: Foundations and presentation of a parenting skills training program adapted for the French population]. *Cognition, Santé et Vie Quotidienne, 3*, 115-140.

Hess, C. R., Teti, D. M., & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of Applied Developmental Psychology, 25*(4), 423-437. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.06.002

Hill, C., & Rose, J. (2009). Parenting stress in mothers of adults with an intellectual disability: Parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(12), 969-980. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01207.x

Jackson, A. P. (2000). Maternal self-efficacy and children's influence on stress and parenting among single black mothers in poverty. *Journal of Family Issues, 21*(1), 3-16. https://doi.org/10.1177/019251300021001001

Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(4), 564-575. https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564

Lai, F. J. (2013). *The relationships between parenting stress, child characteristics, parenting self-efficacy, and social support in parents of children with autism in Taiwan*. Doctorat dissertation, Columbia University.

Lefebvre, C., Valois, P., & Forget, J. (submitted). *Validation of a Parenting Self-Efficacy Scale with Quebec Mothers of Children from 2 to 12 years old.*

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(1), 3.

Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(4), 661-669. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.01.002

Meunier, J. C., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a self-report measure. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(5), 495-511. https://doi.org/10.1007/s10826-008-9252-8

Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Un geste porteur d'avenir : Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches [A gesture for the future : Services for people with Autism Spectrum Disorders, their families and their relatives]*. Québec, Qc : Ministère de la santé et services sociaux.

Nadeau, M. (2008). *Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement [Predictors of parental self-efficacy and its change]*. Dissertation : Université de Sherbrooke.

Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *11*(3), 114-144. https://doi.org/10.1007/s10567-008-0033-0

Piazza, S.D., & Fadanni, D. (2002). L'autisme, méthode TEACCH et méthode Lovaas: Essai de synthèse. *RMLG. Revue Médicale de Liège*, *57*(7), 463-466.

Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., ... & Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *4*(4), 189-197. https://doi.org/10.1007/s12402-012-0089-z

Poirier, N., & Des Rivières-Pigeon, C. (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme: état des connaissances [Autism spectrum disorder : state of knowledge]*. Les Presses de l'Université du Québec : Québec.

Poirier, N., & Vallée-Ouimet, J. (2015). Le parcours des parents et des enfants présentant un TSA [The trajectory of parents and children with ASD]. *Santé mentale au Québec*, *40*(1), 203-226. https://doi.org/10.7202/1032391ar

Rao, P. A., & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, *33*(4), 437-451. https://doi.org/10.1177/0145445509336427

Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Autism Research and Treatment, 2011*. https://doi.org/10.1155/2011/395190

Rodrigue, J. R., Morgan, S. B., & Geffken, G. (1990). Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(4), 371-379. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_9

Roskam, I., Brassart, E., Loop, L., Mouton, B., & Schelstraete, M. A. (2015). Stimulating parents' self-efficacy beliefs or verbal responsiveness: Which is the best way to decrease children's externalizing behaviors?. *Behaviour Research and Therapy*, *72*, 38-48.

Roskam, I., Brassart, E., Loop, L., Mouton, B., & Schelstraete, M. A. (2016). Do parenting variables have specific or widespread impact on parenting covariates? The effects of manipulating self-efficacy or verbal responsiveness. *Child & Family Behavior Therapy*, *38*(2), 142-163.

Ryan, S. (2010). 'Meltdowns', surveillance and managing emotions; going out with children with autism. *Health & Place*, *16*(5), 868-875. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.012

Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(11), 2324-2336. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x

Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, *31*(1), 65-73. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x

Schworer, E. (2013). Effect of behavioral intervention training on parents' stress, parenting behaviors and self-efficacy. University of Richmond. Honour Thesis.

Sevigny, P. R., & Loutzenhiser, L. (2010). Predictors of parenting self-efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: Care, Health and Development*, *36*(2), 179-189. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x

Smart, L. K. (2016). *Parenting Self-Efficacy in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders*. Brigham Young University. Thèse de doctorat (Récupérée de : https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6841&context=etd)

Speranza, M., Guénolé, F., Revah-Levy, A., Egler, P. J., Negadi, F., Falissard, B., & Baleyte, J. M. (2012). The French version of the family assessment device. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(9), 570-577. https://doi.org/10.1177/070674371205700908

Taylor, J. L., & Warren, Z. E. (2012). Maternal depressive symptoms following autism spectrum diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *42*(7), 1411-1418. https://doi.org/10.1007/s10803-011-1375-x

Tellegen, C. L., & Sanders, M. R. (2013). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities, 34*(5), 1556-1571. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.022

Toucheque, M., Etienne, A. M., Stassart, C., & Catale, C. (2016). Validation of the French version of the Parenting Stress Index–Short Form. *Journal of Community Psychology*, *44*(4), 419-425. doi: 10.1002/jcop.21778

Vance, A. J., Pan, W., Malcolm, W. H., & Brandon, D. H. (2020). Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. *Early Human Development, 141,* 104946. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104946

Ventola, P., Lei, J., Paisley, C., Lebowitz, E., & Silverman, W. (2017). Parenting a child with ASD: Comparison of parenting style between ASD, anxiety, and typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(9), 2873-2884. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3210-5

Verhage, M. L., Oosterman, M., & Schuengel, C. (2013). Parenting self-efficacy predicts perceptions of infant negative temperament characteristics, not vice versa. *Journal of Family Psychology*, *27*(5), 844-849. https://doi.org/10.1037/a0034263

3.15 Appendix

Table 3.1 Participants characteristics of study 1 (*N* = 212)

Characteristics	Value
Mother's age (mean (SD))	37.31(5.49)
Education = High school or less (%)	54 (25.71)
Marital status = Single-parent (n (%))	42 (19.81)
Employment status = Unemployed or student (n (%))	64 (30.19)
Family receives one or more services = No (n (%))	67 (31.60)
Total children (mean (SD))	2.42 (1.04)
Child's age (mean (SD))	7.64 (2.74)
Child's gender = Boy (n (%))	169 (79.71)
Child have comorbid conditions = No (n (%))	107 (50.47)
Family functioning; GF12 score (mean (SD))	2.05 (0.57)
Depressive symptoms; BDI-SF score (mean (SD))	8.56 (5.66)
Parenting stress; PSI-SF (mean (SD))	111.09 (22.45)
Parenting self-efficacy; EGSCP global score (mean (SD))	82.31 (13.28)
Discipline score (mean (SD))	18.68 (4.66)
Instrumental care score (mean (SD))	19.43 (3.48)
Nurturance score (mean (SD))	20.45 (3.14)
Play score (mean (SD))	12.90 (3.48)
Teaching score (mean (SD))	10.85 (2.77)

Note. PSI-SF = *Parenting Stress Index – Short Form*; GF12 =*General Functioning 12-item subscale*: BDI-SF = *Beck Depression Inventory – Short Form.*

Table 3.2 Means, standard deviations, and correlations with confidence intervals (N = 212)

Variable	*M*	*SD*	1	2	3
1. PSE	82.31	13.28			
2. DS	8.56	5.66	-.53** [-.62, -.43]		
3. PS	111.08	22.45	-.71** [-.77, -.63]	.67** [.59, .74]	
4. FF	2.05	0.57	-.55** [-.64, -.45]	.56** [.47, .65]	.52** [.42, .62]

Note. PSE = parenting self-efficacy, DS = depressive symptoms, PS = parenting stress, FF = family functioning. *M* and *SD* are used to represent mean and standard deviation, respectively. Values in square brackets indicate the 95% confidence interval for each correlation. The confidence interval is a plausible range of population correlations that could have caused the sample correlation (Cumming, 2014). * indicates $p < .05$. ** indicates $p < .01$.

Table 3.3 Regression coefficients of the model of study 1

	EGSCP score
Predictors	*Standardized estimates*
(Intercept)	2.76 *** (1.87 – 3.66)
Mother's age	0.02 * (0.00 – 0.04)
Marital status (ref = in a relationship)	0.17 (-0.05 – 0.39)
Education (ref = high school or less)	0.27 * (0.04 – 0.50)
Employment status (ref = employed)	0.04 (-0.16 – 0.25)
Services (ref = waiting list)	0.05 (-0.15 – 0.24)
Child's age	0.00 (-0.03 – 0.04)
Child's gender (ref = girl)	-0.24 * (-0.46 – -0.01)
Comorbidities (ref = no)	-0.17 (-0.35 – 0.02)
PSI-SF	-0.03 *** (-0.03 – -0.02)
GF12	-0.43 *** (-0.05 – -0.02)
BDI-SF	0.00 (-0.02 – 0.02)
Observations	212
R^2 / adjusted R^2	0.604 / 0.582
	** p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001*

Note. PSI-SF = *Parenting Stress Index – Short Form*; GF12 =*General Functioning 12-item subscale*: BDI-SF = *Beck Depression Inventory – Short Form.*

Table 3.4 Participants characteristics of study 2 (*N* = 109)

Characteristics	Value
Mother's age (mean (SD))	37.4 (6.05)
Education = High school or less (n (%))	33 (30.28)
Marital status = Single-parent (n (%))	27 (24.77)
Employment status = Student or unemployed (n (%))	28 (25.69)
Income = 50,000$ or less (n (%))	44 (40.37)
Total children (mean (SD))	2.33 (1.02)
Child's age (mean (SD))	7.34 (2.65)
Child's gender = Boy (n (%))	91 (83.48)
Child have comorbid conditions = Yes (n (%))	76 (69.72)
EGSCP global score (mean (SD))	72.15 (8.38)

Note. EGSCP = *Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale*

Table 3.5 Targets of their current services (n (%))

	At least one service partly focused on this person	At least one service fully focused on this person	At least one service partly AND/OR fully focused on this person	At least one service focused on this person is individual	At least one service focused on this perso n is in group
Parents	Yes 85 (78%)	Yes 34 (31.2%)	Yes 91 (83.5%)	Yes 44 (40.4%)	Yes 24 (22%)
	No 24 (22%)	No 75 (68.9%)	No 18 (16.5%)	No 65 (59.6%)	No 85 (78%)
Child with ASD	Yes 95 (87.2%)	Yes 93 (85.3%)	Yes 108 (99.1%)	Yes 90 (82.5%)	Yes 55 (50.5%)
	No 14 (12.8%)	No 16 (14.7%)	No 1 (0.9%)	No 19 (17.5%)	No 54 (49.5%)
Siblings	Yes 24 (22%)	Yes 7 (6.4%)	Yes 29 (26.6%)	Yes 13 (11.9%)	Yes 7 (6.4%)
	No 85 (77%)	No 102 (93.6%)	No 80 (73.4%)	No 96 (88.1%	No 102 (93.6%)

Note. ASD = Autism spectrum disorder.

Table 3.6 Regression coefficients of the model of study 2

	EGSCP global score
Predictors	*Standardized estimates*
(Intercept)	-0.07 (-1.53 – 1.39)
Mother's age	-0.01 (-0.04 – 0.03)
Marital status (ref = in a relationship)	-0.81 ** (-1.30 – -0.31)
Income (ref = less than $50,000)	-0.47 (-0.97 – 0.04)
Work (ref = employed)	-0.14 (-0.64 – 0.36)
Education (ref = high school or less)	0.62 * (0.15 – 1.09)
Child's age	-0.02 (-0.10 – 0.07)
Child's sex (ref = girl)	0.38 (-0.13 – 0.90)
Comorbidities (ref = no)	-0.00 (-0.44 – 0.43)
Parents-oriented services (ref = no)	0.30 (-0.30 – 0.90)
Individual parent-oriented services (ref = no)	-0.30 (-0.73 – 0.12)
Group parent-oriented services (ref = no)	-0.34 (-0.84 – 0.17)
Siblings-oriented services (ref = no)	0.25 (-0.20 – 0.71)
Individual child-oriented services (ref = no)	0.04 (-0.50 – 0.59)
Group child-oriented services (ref = no)	0.14 (-0.28 – 0.55)
Observations	109
R^2 / adjusted R^2	0.195 / 0.075

** p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001*

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

L'objectif principal de la thèse est de déterminer l'effet des services reçus par les familles d'enfants âgés de 2 à 12 ans ayant un TSA sur le SCP. Le but est d'examiner l'effet de ces services sur cette variable et non d'évaluer l'efficacité des services qu'ils reçoivent. Le premier sous-objectif est d'adapter et de valider l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* auprès de parents québécois dans le but d'utiliser cet instrument pour la réalisation des sous-objectifs subséquents. Le second sous-objectif est de comparer le SCP des parents d'enfants ayant un TSA qui reçoivent des services ou qui sont en attente de service, ce qui permet de voir l'effet global des services sur le SCP. Le troisième sous-objectif est de voir si le SCP est lié aux symptômes dépressifs, au stress parental et au fonctionnement de la famille. D'une part, ce troisième sous-objectif permet de vérifier l'effet de ces variables sur le SCP auprès de cette population. D'autre part, ce sous-objectif permet l'inclusion de ces variables importantes dans le modèle de régression. Le quatrième sous-objectif est de voir l'influence de différentes cibles d'intervention sur le SCP, ce qui permet de voir l'effet des composantes des services sur cette variable.

Le présent chapitre a pour but de faire une synthèse des résultats de la thèse. Puis, des considérations méthodologiques seront apportées. Enfin, des perspectives de recherches futures seront exposées.

4.1 Synthèse des résultats

4.1.1 Article 1 : Adaptation et validation de l'Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale auprès de mères québécoises d'enfants âgés de 2 à 12 ans (ang. *Validation of a Parenting Self-Efficacy Scale with Quebec Mothers of Children from 2 to 12 years old*)

L'objectif de l'article 1 (premier sous-objectif) est d'adapter et de valider l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* auprès de mères d'enfants ayant un TSA âgés de 2 à 12 ans. Certaines formulations et certains mots des 25 énoncés sont modifiés à la suite d'une consultation auprès de cinq parents québécois, quatre mères et un père. La version adaptée est validée auprès de 978 mères québécoises. L'échantillon de mères est séparé de façon aléatoire en deux échantillons avant de procéder aux analyses.

Une analyse factorielle exploratoire en axes principaux avec rotation oblimin est réalisée avec le premier échantillon. Les auteurs de l'échelle Meunier et Roskam (2009) ont utilisé cette même analyse lors de la validation de l'instrument auprès de parents belges. Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire montrent que tous les énoncés, excepté l'énoncé 21 (5^{e} de la sous-échelle *Discipline*), sont liés aux facteurs proposés par les auteurs. La plupart des coefficients de saturation sont plus élevés que 0,4, mais une saturation croisée est trouvée pour l'énoncé 25 (5^{e} énoncé de la sous-échelle *Jeu*). L'énoncé 21 est le suivant : *J'ai parfois l'impression que je ne maîtrise pas assez la direction (ex. amis, loisirs, réussite scolaire) que prend la vie de mon enfant*. L'énoncé 25 est le suivant : *M'installer près de mon enfant pour lui lire une histoire ou pour lui enseigner quelque chose est facile pour moi*. Dans l'analyse exploratoire, l'énoncé 21 est lié au facteur *Apprentissage,* mais selon de modèle de Meunier et Roskam (2009) celui-ci doit être lié au facteur *Discipline*. Cet énoncé semble avoir été

mal compris par les mères québécoises, peut-être en raison de la formulation de la question. En fait, il est possible que le contrôle de la direction de la vie de l'enfant soit perçu par les parents belges comme étant de la discipline tandis que les mères québécoises perçoivent plutôt cette habileté comme étant de l'apprentissage. Quant à l'énoncé 25, celui-ci est lié aux facteurs *Apprentissage* et *Jeu.* La formulation de cette question implique à la fois le jeu et l'apprentissage, ce qui peut expliquer qu'elle soit liée à ces deux facteurs et non seulement au facteur *Jeu.* Aussi, il est possible que le fait de s'asseoir avec son enfant pour lui apprendre quelque chose soit perçu par les parents belges comme une forme de jeu tandis que les parents québécois le perçoivent plutôt comme de l'apprentissage. Ainsi, les énoncés 21 et 25 s'avèrent problématiques et ne semblent pas pertinents pour mesurer le SCP chez les mères québécoises.

Des analyses factorielles confirmatoires sont réalisées avec le deuxième échantillon. Le modèle de Meunier et Roskam (2009) est utilisé dans une première analyse et les valeurs des indices Comparative Fit Index (CFI), Tucker Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) et Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) montrent un ajustement acceptable du modèle. Un deuxième modèle sans les énoncés 21 et 25 est utilisé dans une deuxième analyse et les valeurs des indices CFI, TLI, RMSEA et SRMR montrent un bon ajustement du modèle. Les deux modèles sont comparés et le deuxième modèle s'avère être un meilleur modèle que le premier ($\chi 2$ [45] = 167.25, $p < .001$). Afin d'obtenir un modèle optimal, les indices de modifications sont vérifiés et une covariance entre l'énoncé 15 (3^{e} énoncé de la sous-échelle *Affection)* et 22 (5^{e} énoncé de la sous-échelle *Affection)* est ajoutée au modèle. Ce modèle est un meilleur modèle que le modèle sans covariance ($\chi 2$ [1] = 228.51, $p < .001$).

L'échantillon complet et la version adaptée de 23 énoncés de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* sont utilisés pour vérifier la validité différentielle, la cohérence interne et la stabilité temporelle de l'instrument. Une régression multiniveau est effectuée et les résultats montrent que les parents d'enfants ayant un

diagnostic ont un SCP moins élevé que les parents d'enfants n'ayant aucun diagnostic. La stabilité temporelle après un mois est de r = 0,85. La cohérence interne obtenue est satisfaisante (α= 0,90) et est comparable à la cohérence interne obtenue par les auteurs Meunier et Roskam (2009) dans leur étude de validation (α= 0,84). Les résultats montrent que le premier sous-objectif est atteint.

La version originale de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* (Meunier & Roskam, 2009) a été validée auprès de parents belges d'enfants âgés de 3 à 7 ans. La présente étude propose une version adaptée de 23 énoncés validée auprès de mères québécoises d'enfants âgés de 2 à 12 ans. À notre connaissance, il s'agit du seul instrument adapté aux parents québécois pour évaluer le SCP lié à des domaines spécifiques. Les chercheurs soulignent d'ailleurs l'importance d'adapter les instruments lorsque l'on souhaite les administrer dans différents contextes culturels (Gjersing et al., 2010). Il est souhaité que cette adaptation sera utilisée dans les futures recherches pour mesurer le SCP auprès de mères québécoises.

4.1.2 Article 2 : Relations entre le sentiment de compétence parentale, les services, les symptômes dépressifs, le stress parental et le fonctionnement familial chez des mères québécoises d'enfants ayant un TSA (ang. *Relationship between parenting self-efficacy, services, depressive symptoms, parenting stress and family functioning among Quebec mothers of children with ASD*)

L'article 2 comporte deux études. Le premier objectif de la première étude (second sous-objectif) est de voir l'influence des services reçus par des familles d'enfants ayant un TSA sur le SCP en comparant le SCP de parents qui reçoivent des services et de parents sur une liste d'attente. Le deuxième objectif (troisième sous-objectif) est d'évaluer l'influence des symptômes dépressifs, du stress parental et du fonctionnement familial

sur le SCP. Ce deuxième objectif permet de voir le lien entre ces variables et le SCP, ainsi que de les ajouter au modèle de régression. L'objectif de la deuxième étude (quatrième sous-objectif) est d'évaluer l'influence de différentes cibles des services (p.ex., services en groupe, services orientés vers le parent) sur le SCP. Le but de cet article n'est pas de préjuger de la qualité et de l'efficacité des services reçus par les familles, mais bien de voir si ces services ont une influence sur le SCP.

Dans la première étude, une régression linéaire est réalisée afin d'évaluer l'influence des services et de différentes variables sur le SCP. Les résultats montrent que le SCP des mères qui reçoivent des services n'est pas différent de celui des mères qui sont actuellement sur une liste d'attente. Ainsi, les services reçus par les familles d'enfants ayant un TSA ne semblent pas influencer le SCP. Puisque peu d'études ont évalué l'effet de ces services sur le SCP (Abouzeid & Poirier, 2014; Tellegen & Sanders, 2013) et que l'étude d'Abouzeid et Poirier (2014) a trouvé des résultats mitigés, la prédiction des résultats était difficile. Toutefois, il était attendu qu'une relation soit trouvée entre les services et le SCP.

Les résultats de la première étude montrent que le stress parental et le fonctionnement familial sont liés au SCP; un haut niveau de stress et un haut niveau de dysfonctionnement familial sont associés à un faible SCP. Ce résultat était attendu compte tenu des nombreuses études qui ont trouvé ces mêmes associations (Hill & Rose, 2009; Meunier & Roskam, 2009; Salonen et al., 2009; Sevigny & Loutzenhiser, 2009). Le lien entre le fonctionnement familial et le SCP est particulièrement intéressant puisqu'il s'agit de la première étude à trouver ce lien auprès des parents d'enfants ayant un TSA. Les symptômes dépressifs se sont révélés non liés au SCP. Ce résultat est étonnant puisque de nombreuses études ont montré que les symptômes dépressifs sont liés à un faible SCP chez cette population (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011; Sevigny & Loutzenhiser, 2010). La corrélation entre le stress parental et les symptômes dépressifs est élevée (r = 0.67), notamment puisque

certains énoncés du questionnaire mesurant le stress parental semblent évaluer les symptômes dépressifs. Ainsi, la présence du stress parental dans le modèle de régression peut expliquer l'absence de relation entre les symptômes dépressifs et le SCP. Toutefois, les indices de multicolinéarité ont montré que cette corrélation n'affectait pas le modèle de régression.

Plusieurs informations sociodémographiques se sont révélées être liées au SCP. L'âge et l'éducation de la mère sont liés au SCP, ce qui est cohérent avec les études antérieures sur le sujet (Coleman & Karraker, 2000; Jackson, 2000; Vance et al., 2020). Les mères ayant une éducation postsecondaire ont un SCP plus élevé que les mères qui n'ont pas ce type d'éducation, et les mères plus âgées ont un plus grand SCP que les mères plus jeunes. Les mères plus âgées ont probablement plus d'expérience en tant que parent puisque leur enfant est plus âgé ou parce qu'elles ont plus d'un enfant. En ce qui concerne les mères ayant une éducation postsecondaire, il est possible qu'elles se sentent plus compétentes dans certains domaines liés à la parentalité, par exemple l'apprentissage. Les résultats ont aussi montré que le sexe de l'enfant est lié au SCP, les mères de filles ont un SCP plus élevé que les mères de garçons. Cette relation a également été trouvée dans l'article 1 de la présente thèse. Il serait intéressant de vérifier si cette relation est également retrouvée auprès des pères et leurs fils. Une étude (Feldman, 2003) auprès de 100 couples de parents d'un nourrisson s'est intéressée à la synchronie entre les dyades parent-enfant. La synchronie se réfère au processus par lequel le parent et l'enfant modifient et adaptent leurs comportements affectifs en fonction de l'autre. L'étude de Feldman (2003) rapporte avoir observé une synchronie plus optimale chez les dyades parent-enfant du même sexe que chez les dyades parent-enfant de sexe opposé. Si nous poussons la réflexion, il est possible que cette synchronie se maintienne au fil du temps et qu'elle favorise une meilleure interaction entre le parent et l'enfant du même sexe, ce qui aurait alors pour effet d'augmenter le SCP lié à cet enfant. Il est aussi possible que les parents se sentent plus compétents avec un enfant de leur sexe puisqu'ils peuvent s'y identifier plus facilement.

Inversement, il est possible que l'enfant s'identifie davantage au parent du même sexe, ce qui favorise une meilleure interaction entre la dyade. Cette identification au même sexe est observée dès un jeune âge. Selon une recension des écrits (Mehta & Strough, 2009), les enfants d'âge scolaire préfèrent généralement interagir et jouer avec d'autres enfants du même sexe. D'autres études sont nécessaires afin d'examiner le lien entre le SCP et le sexe de l'enfant ainsi que les hypothèses pouvant expliquer cette relation.

Dans la première étude, tous les services offerts aux familles d'un enfant ayant un TSA étaient regroupés afin d'évaluer leur effet général sur le SCP. Les résultats de cette étude ont mené à des questionnements concernant l'effet spécifique de différentes cibles des services sur le SCP, ce qui a été évalué dans la deuxième étude. Dans la deuxième étude, une régression linéaire est réalisée afin d'évaluer l'effet de recevoir des services individuels ou en groupe, des services orientés vers l'enfant, des services orientés vers le parent et des services orientés vers la fratrie. Les résultats montrent qu'aucune cible des services n'est liée au SCP. Lorsque l'on considère les résultats de la première étude, il n'est pas étonnant que les services orientés vers l'enfant ou vers la fratrie n'aient pas d'influence sur le SCP. En ce qui concerne les services orientés vers le parent, le résultat est tout de même surprenant. Une méta-analyse sur les programmes d'habiletés parentales (Tellegen & Sanders, 2013) montre que ces programmes permettent d'augmenter le SCP, il était donc anticipé que les services en partie ou entièrement orientés vers le parent auraient un effet sur le SCP. Dans l'échantillon, peu de mères ont rapporté recevoir un programme d'habiletés parentales, ce qui peut expliquer les résultats obtenus. Ainsi, les services reçus par ces mères n'ont aucun effet sur leur SCP.

Quelques informations sociodémographiques se sont révélées être liées au SCP dans la deuxième étude. L'éducation de la mère est liée au SCP, les mères plus éduquées ont un SCP plus élevé que les mères moins éduquées. L'état civil de la mère s'est révélé être lié au SCP. En effet, les mères monoparentales de cet échantillon ont un SCP plus faible que

les mères en couple. Il est possible que les mères monoparentales se sentent moins compétentes en raison d'un sentiment de surcharge puisqu'elles sont seules à assumer les responsabilités parentales. Toutefois, cette relation n'a pas été trouvée dans le premier échantillon, peut-être en raison de la plus grande proportion de mères monoparentales dans le deuxième échantillon. Plusieurs études ont montré que l'état civil n'est pas lié au SCP (Coleman & Karraker, 2003; Hess et al., 2004; Verhage et al., 2013). Qui plus est, une étude récente auprès de mères ayant un enfant avec une condition médicale complexe (Vance et al., 2020) montre que celles en couple ont un SCP plus faible que les mères monoparentales. Étant donné les résultats très différents d'une étude à l'autre, de futures études seront nécessaires afin d'examiner le lien entre le SCP et l'état civil. Les résultats des deux études montrent que les trois sous-objectifs sont atteints.

Les résultats de cet article montrent que les services pour les familles d'enfants ayant un TSA, même s'ils sont en partie ou entièrement orientés vers le parent, ne sont pas liés au SCP. Il est important de noter que ce résultat ne remet pas en question l'efficacité des services offerts à ces familles. En effet, ces services peuvent être très efficaces, par exemple en diminuant les problèmes de comportement chez l'enfant, sans avoir une influence sur le SCP. Ainsi, il semble que les services pour ces familles n'ont pas d'effet sur cette variable, ce qui est contraire aux résultats rapportés par certaines études sur le sujet (Abouzeid & Poirier, 2014; Tellegen & Sanders, 2013). Ces résultats peuvent être expliqués de plusieurs façons. Premièrement, il est possible que les services pour les familles d'enfants ayant un TSA aient un effet sur le SCP, en l'augmentant ou en le diminuant, mais que l'instrument utilisé ne permette pas de détecter cet effet. Bien que l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* mesure divers domaines liés à la parentalité, il est possible que l'instrument ne reflète pas tout à fait la réalité des parents d'enfants ayant un TSA. En effet, ces parents font face à des défis particuliers au quotidien, comme la gestion des rituels ou des crises de colère, ce qui les distingue des parents d'enfants tout-venant (Poirier & Des Rivières-Pigeon, 2013). De futures études pourraient s'intéresser à modifier l'*Échelle Globale*

du Sentiment de Compétence Parentale en y ajoutant des questions plus axées sur le quotidien avec un enfant ayant un TSA. Un questionnaire reflétant mieux cette réalité particulière pourrait permettre la détection d'un effet des services sur leur SCP.

Deuxièmement, malgré la réalisation d'une deuxième étude portant sur les différentes cibles des services, il est possible que la variabilité de services existants empêche de trouver un effet significatif. En effet, certains services ont peut-être un effet sur le SCP et d'autres non. Certains services augmentent peut-être le SCP tandis que d'autres ont pour effet de le diminuer. Ainsi, l'inclusion de cette variété de services a pu conduire à un effet moyen nul. Troisièmement, comme le mentionne Bandura (1977), ce sont les expériences répétées de succès qui ont le plus d'influence sur le SAEP. Pour augmenter le SCP, le parent peut apprendre de nouvelles habiletés et changer son comportement afin d'intervenir plus efficacement auprès de son enfant. Au fil du temps, le parent vivra de plus en plus de succès et son SCP augmentera. Il est possible que certains services ne visent pas à améliorer les habiletés parentales et que d'autres visent cet aspect sans y parvenir. Si les services ne visent pas à améliorer les habiletés du parent, il pourrait être intéressant d'ajouter une composante dans ces services s'adressant spécifiquement aux parents. En effet, il est possible que les services offerts aux familles soient davantage axés sur l'enfant ayant un TSA, en laissant de côté les besoins des parents. Dans le cas où les services visent une modification comportementale chez le parent, il serait important de vérifier s'ils amènent le parent à faire des changements concrets dans leurs comportements. Certains chercheurs (Markey et al., 2002) mentionnent qu'il est particulièrement difficile d'amener les parents à modifier leurs comportements auprès de leur enfant à la suite d'un programme de soutien parental. Les services offerts au Québec aux parents d'enfants ayant un TSA offrent-ils un soutien et un suivi aux parents afin qu'ils appliquent les apprentissages au quotidien? Ces services ont-ils une durée suffisante pour favoriser les apprentissages et l'utilisation de ces nouvelles habiletés au quotidien? Si les services ne fournissent pas un certain soutien ou sont de courtes durées, les parents peuvent rapidement retourner

à leurs anciennes habitudes et ne vivront alors pas de succès répétés qui permettraient d'augmenter leur SCP. Quatrièmement, plusieurs services offerts aux familles d'enfants ayant un TSA nécessitent l'implication du parent, ce qui s'ajoute à leurs nombreuses responsabilités quotidiennes. Par exemple, l'ICI requiert une implication quotidienne du parent, notamment pour la généralisation des acquis et pour la collaboration avec les intervenants. Ces nouveaux défis peuvent décourager le parent, ce qui pourrait l'amener à penser qu'il ne sera pas en mesure de surmonter ces défis. Conséquemment, leur SCP pourrait rester stable, voire diminuer.

Cinquièmement, les services offerts aux familles d'enfants ayant un TSA pourraient avoir un effet différent selon le parent. Pour certains parents, ces services pourraient augmenter leur SCP. Pour d'autres, ces services auraient plutôt pour effet de diminuer ce sentiment. Cette variabilité dans l'effet des services sur le SCP pourrait alors mener à un effet moyen nul. Sixièmement, le temps n'a pas été pris en compte dans les deux études. Dans la première étude, le délai d'attente ainsi que le temps depuis l'obtention des services n'ont pas été évalués. Toutefois, dans la deuxième étude, les parents devaient recevoir des services depuis au moins trois mois pour participer à l'étude. Le délai d'attente et le temps depuis l'obtention de services sont possiblement des facteurs importants qui auraient permis de détecter un effet des services sur le SCP. Le fait de recevoir des services depuis un mois ou depuis un an peut probablement avoir un effet sur le SCP, notamment si l'on se réfère à la théorie de Bandura. En un an, un parent a davantage d'opportunités lui permettant de vivre des succès auprès de son enfant. Ainsi, il est possible que les mères des deux études ne recevaient pas les services depuis suffisamment longtemps, ce qui peut expliquer l'absence de lien significatif. Plus encore, il est possible que le temps depuis l'obtention des services variait considérablement d'une participante à l'autre, ce qui a pu mener à un effet moyen nul. Le délai d'attente pour l'obtention de services pourrait également avoir un effet sur le SCP. En effet, le SCP d'un parent qui est en attente pour des services depuis un an peut avoir diminué au fil du temps comparativement à un parent qui est attente depuis

seulement un mois. Encore une fois, il est possible que la variation dans le délai d'attente ait mené à un effet moyen nul.

De futures études devraient évaluer l'effet d'interventions spécifiques sur le SCP, en évaluant cette variable avant et après la mise en place de l'intervention. Des études portant sur des interventions spécifiques permettraient de connaître leur effet individuel sur le SCP et ainsi proposer des recommandations. Dans le cas où l'intervention vise à améliorer les habiletés parentales et que les résultats d'une étude montrent que le SCP n'augmente pas, voire diminue, il pourrait être intéressant de revisiter les méthodes d'intervention et les façons de favoriser la généralisation des acquis. Les études portant sur des interventions spécifiques permettraient de voir si l'une ou plusieurs d'entre elles ont un effet sur le SCP. Dans l'éventualité où aucun service ne permettrait d'augmenter le SCP, il pourrait être intéressant de réaliser des études portant sur des programmes qui visent spécifiquement à augmenter cette variable (Roskam et al., 2015; Roskam et al., 2016). Si de telles études sont concluantes auprès des parents d'enfants ayant un TSA, il serait intéressant, voire important, de fournir ces services aux parents québécois.

Le SCP est une variable importante à augmenter puisqu'elle est liée à plusieurs variables importantes. Un SCP élevé est lié à un meilleur fonctionnement familial (Salonen et al., 2009; Sevigny & Loutzenhiser, 2009), à de meilleurs soins prodigués à l'enfant (Coleman & Karraker, 1997) et à l'utilisation de meilleures pratiques parentales (Beaulieu & Normandeau, 2012; Sanders & Woolley, 2005). Un faible SCP est associé à plus de symptômes dépressifs (Kuhn & Carter, 2006; Rezendes & Scarpa, 2011) et à un stress parental élevé (Kuhn & Carter, 2006; Lai, 2013). Les parents d'enfants ayant un TSA sont particulièrement à risque d'avoir un faible SCP, il est donc nécessaire d'augmenter cette variable chez cette population (Belchic, 1995; Hahn, 2018; Primack et al., 2012). Cet article suggère que les services offerts aux familles d'enfants ayant un TSA n'influence pas le SCP, mais de futures études seront nécessaires afin d'examiner davantage ce lien. Par conséquent, cette étude souligne

l'importance de faire de nouvelles études sur le sujet afin de favoriser l'augmentation du SCP auprès des parents d'enfants ayant un TSA.

4.2 Considérations méthodologiques

4.2.1 Contributions de la thèse

Cette thèse doctorale comporte plusieurs forces qu'il est impératif de relever. Tout d'abord, les échantillons des trois études, quoique seulement composés de mères, sont hétérogènes. Grâce au recrutement via le réseau social Facebook, les mères des trois échantillons provenaient de plusieurs villes différentes à travers le Québec et provenaient de milieux socioéconomiques différents. Cette hétérogénéité est particulièrement intéressante dans la première étude puisque celle-ci consiste à valider auprès de mères québécoises l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale.* Ainsi, l'hétérogénéité de l'échantillon permet une meilleure représentativité de la réalité des mères québécoises.

Ensuite, dans l'étude de validation de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale*, les mères ont complété l'instrument pour chacun de leurs enfants. D'une part, cela permet d'obtenir davantage de données pour la validation du questionnaire puisque plusieurs participants avaient plus d'un enfant. Bien que cela induit une dépendance entre les données, une procédure statistique a été utilisée afin de tenir compte de ce problème. D'autre part, le SCP peut être différent selon l'enfant ciblé. L'étude de Meirsschaut et ses collègues (2010) montre que les mères ont un SCP plus élevé pour leur enfant tout-venant que pour leur enfant ayant un TSA. Ainsi, puisque le SCP peut être différent d'un enfant à l'autre, il était important de tenir compte de ce facteur dans l'étude de validation.

De plus, une version adaptée et validée de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* auprès de mères québécoises est un apport intéressant pour la recherche et la clinique. En effet, aucun outil pour mesurer le SCP n'est actuellement adapté à la réalité des parents québécois. D'ailleurs, l'étude de validation a permis d'améliorer les qualités psychométriques de l'instrument puisque la stabilité temporelle et la validité différentielle n'avaient jamais été vérifiées auparavant. Il est à souhaiter que cet outil soit utilisé dans les recherches futures auprès de mères québécoises ou même en contexte clinique. Divers intervenants pourraient bénéficier de l'utilisation de cet instrument, comme les psychologues ou les psychoéducateurs. En effet, celui-ci pourrait permettre, dans une certaine mesure, de mesurer l'efficacité d'une intervention auprès des parents, notamment si celle-ci vise à augmenter les habiletés parentales. L'instrument pourrait aussi être utilisé pour identifier les différents domaines dans lesquels le parent se sent moins compétent afin de pouvoir le soutenir dans ces domaines spécifiques.

Aussi, l'un des objectifs de la thèse était de vérifier le lien entre le fonctionnement familial et le SCP. Les résultats ont montré qu'un faible SCP est lié à un plus haut dysfonctionnement familial chez les parents d'enfants ayant un TSA. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à ce lien auprès de cette population. Il s'agit d'une contribution intéressante puisque cette thèse est la première étude à établir un lien entre ces deux variables après des parents d'enfants ayant un TSA.

Enfin, deux études ont été réalisées pour mesurer l'effet des services sur le SCP. Dans la première étude, les services offerts aux familles d'enfant ayant un TSA ont été regroupés afin de voir leur effet général sur le SCP. Dans la deuxième étude, les différentes cibles des services ont été évaluées séparément afin de voir leur effet respectif sur le SCP. Ces deux études ont permis d'analyser l'effet des services sur le SCP des mères québécoises, bien que des études soient encore nécessaires pour approfondir le sujet. Des résultats similaires ont été trouvés dans les deux études, ce

qui nous amène à croire que les services actuellement offerts aux mères québécoises d'enfants ayant un TSA, quelle qu'en soit la cible, n'ont pas d'effet sur leur SCP.

4.2.2 Limites

Cette thèse comporte certaines limites qu'il est nécessaire de mentionner. Tout d'abord, les trois échantillons de la thèse sont entièrement composés de mères. Ainsi, même si l'hétérogénéité des échantillons permet une certaine généralisation des résultats, le manque de pères dans les études ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des parents québécois. Malgré des affiches de recrutement ayant un titre ciblant les pères et les mères, trop peu de pères ont répondu aux études en ligne et ces participants ont dû être exclus des analyses. Certains auteurs mentionnent des difficultés similaires concernant le recrutement des pères (Mitchell et al., 2007), également avec des pères d'enfants ayant un TSA (Johnson & Simpson, 2013). D'ailleurs, plusieurs études utilisant le recrutement en ligne montrent que les femmes participent significativement plus à ces études que les hommes (Blumenberg et al., 2019; Dworkin et al., 2016; Nolte et al., 2015). Des études mentionnent des différences entre les pères et les mères sur le plan du SCP (Meunier & Roskam, 2009; Sevigny & Loutzenhiser, 2010). L'étude de Sevigny & Loutzenhiser (2010) rapporte certains prédicteurs différents chez les pères et les mères : le stress parental prédit le SCP chez les pères et le sentiment d'efficacité général prédit le SCP chez les mères. Ainsi, il serait primordial de recruter des pères dans les prochaines études portant sur cette variable afin de vérifier si des différences existent chez les parents québécois. Pour aider au recrutement, des affiches ciblant exclusivement les pères pourraient être utilisées. Les chercheurs pourraient également tenter de recruter des pères via les mères participant aux études. Par exemple, à la fin d'une étude en ligne, une question permettrait à la répondante d'inscrire le courriel du père ou du conjoint s'il souhaite participer à l'étude.

Ensuite, les analyses effectuées sont corrélationnelles, il n'est donc pas possible de conclure à un effet de causalité quant au lien entre le SCP, le stress parental, le fonctionnement familial et les services offerts aux familles d'enfants ayant un TSA. Toutefois, les analyses effectuées ont permis d'établir des relations entre le SCP et certains facteurs prédictifs, ce qui est nécessaire à la réalisation de recherches expérimentales. Aussi, le fait d'avoir regroupé tous les types de services peut avoir nui à l'établissement d'un lien entre ceux-ci et le SCP. En effet, il est possible que certains services aient un effet sur le SCP, mais puisqu'ils ont été regroupés, aucun lien significatif n'a été trouvé. Les prochaines études devraient mesurer le SCP avant et après la mise en place d'interventions spécifiques afin de vérifier leur effet sur la variable.

De plus, toutes les données de la thèse ont été recueillies par l'entremise de questionnaires et non d'entrevues auprès des parents. Les données recueillies avec des questionnaires peuvent être soumises à un biais de désirabilité sociale, ce qui peut altérer la véracité de celles-ci (Crowne & Marlowe, 1960; Herbert, 2007). L'étude de Greene et ses collègues (2008) montre que les gens ont moins tendance à répondre « d'accord » dans un sondage en ligne que dans un sondage téléphonique, ce qui suggère des réponses plus authentiques lorsque la passation se fait en ligne. Ainsi, puisque les études se sont déroulées exclusivement en ligne, il est possible que le biais de désirabilité sociale ait été moins présent chez les participants.

Aussi, puisque les recrutements et les passations se sont déroulés exclusivement en ligne, il est possible que certains parents aient été exclus de l'étude s'ils n'avaient pas accès à Internet ou à un appareil leur permettant d'accéder à Internet. La passation en ligne ne permet pas de s'assurer de la véracité de certaines informations rapportées par les participants, notamment parce que le chercheur n'a aucun contact direct avec ceux-ci. Aussi, il est impossible de s'assurer que le participant a répondu seul au questionnaire ou que le diagnostic de TSA a bel et bien été établi par un professionnel. Dans ce contexte, il est primordial que les directives et les questions des études en ligne

soient claires. Pour ce faire, les études ont été vérifiées par des membres de l'équipe de recherche avant leur mise en ligne, et quelques questions et choix de réponses ont été ajoutés afin de s'assurer de l'admissibilité des participants. Par exemple, la question portant sur le professionnel ayant émis le diagnostic de TSA comportait le choix de réponse « aucun », ce qui excluait les participants qui n'auraient pas pris connaissance des critères d'admissibilité. Ultimement, lors d'une passation en ligne, il est essentiel de s'en remettre à la bonne foi des participants.

Ensuite, *l'Échelle Globale du Sentiment du Compétence Parentale questionnaire* a été utilisée et validée auprès de mères d'enfants âgés de 2 à 12 ans. Cet instrument est originalement destiné à une population de parents d'enfants âgés de 3 à 7 ans. Ainsi, il aurait pu être intéressant d'adapter le questionnaire pour les parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans, ce qui n'a malheureusement pas été fait. Il aurait également été intéressant de vérifier si les résultats des deux études portant sur les services sont différents lorsqu'on cible seulement les parents d'enfants âgés de 3 à 7 ans. Toutefois, les résultats de ces deux études ont révélé que l'âge de l'enfant n'était pas significativement lié au SCP, ce qui semble indiquer que les résultats auraient probablement été semblables.

Enfin, plusieurs variables intéressantes n'ont pas été incluses dans la thèse : le temps, la sévérité du diagnostic et le délai depuis le diagnostic. Le délai d'attente, le temps depuis l'obtention de services ainsi que le délai depuis le diagnostic sont des variables importantes qui auraient pu avoir un effet sur le SCP, mais ces éléments n'ont malheureusement pas été évalués. La sévérité du diagnostic de TSA aurait aussi pu être évaluée, mais l'obtention de cette variable aurait nécessité l'évaluation du diagnostic dans le cadre des études.

4.3 Perspectives futures

Les résultats de cette thèse permettent d'envisager de nombreux axes de recherche. Premièrement, il serait intéressant d'examiner certaines variables potentiellement modératrices entre les services et le SCP, comme les traits de personnalité, la résilience, le lieu de contrôle et la validité sociale. En effet, il est possible que l'absence de lien entre les services offerts aux familles d'enfants ayant un TSA et le SCP soit expliquée par une variable modératrice. La personnalité pourrait être évaluée avec un outil largement utilisé, le *Big Five Inventory* (John et al., 1991) qui a également été traduit et validé en français (Plaisant et al., 2005; Plaisant et al., 2010). Certaines dimensions de la personnalité sont-elles associées à une perception différente de l'attente de services ou de l'obtention de services? Par exemple, les parents ayant un haut score en névrosisme, personnes étant plus vulnérables au stress et à la dépression, pourraient percevoir l'attente de services de façon négative et ainsi voir leur SCP diminuer. Pour d'autres parents, le fait d'être sur une liste d'attente peut être synonyme d'espoir, ce qui aurait alors pour effet d'augmenter leur SCP. En ce qui concerne l'obtention de services, un parent plus anxieux pourrait avoir de la difficulté à gérer les différentes responsabilités qui s'ajoutent, ce qui aurait pour effet de diminuer son SCP. Il serait également intéressant de mesurer la résilience du parent avec le *Connor-Davidson Resilience Scale* (Connor & Davidson, 2003), qui a été validé en français auprès d'étudiantes universitaires québécoises (Hébert et al., 2018). Une plus grande résilience permet-elle de préserver le SCP malgré les difficultés et les événements? Par exemple, un parent plus résilient pourrait accepter plus facilement l'attente de services, ce qui pourrait avoir un effet sur son SCP. Il est aussi possible que certains traits de personnalité ou la résilience rendent le parent plus sensible ou ouvert à l'intervention, ce qui aurait pour effet d'augmenter son SCP. Ou, au contraire, il est possible que certains traits rendent le parent moins sensible aux services reçus, ce qui aurait alors pour effet de diminuer son SCP.

Le lieu de contrôle se réfère aux croyances de l'individu quant à sa capacité à contrôler les événements qui lui arrivent (Rotter, 1954). Certains individus attribuent les événements qui leur arrivent à leurs propres caractéristiques et comportements (lieu de contrôle interne), tandis que d'autres attribuent ces événements à des facteurs extérieurs (lieu de contrôle externe). Des études montrent qu'un lieu de contrôle interne est lié à une meilleure réponse à des traitements médicaux ou psychologiques (Sandler et al., 1983; Strudler Wallston & Wallston, 1978). Le lieu de contrôle pourrait être une variable modératrice entre les services et le SCP. Par exemple, des parents ayant un lieu de contrôle interne pourraient s'investir davantage dans les services qui leur sont offerts. Ces services seraient alors plus efficaces pour leur famille, ce qui aurait pour effet d'augmenter leur SCP. Dans le même ordre d'idées, le lieu de contrôle parental est un concept intéressant qui pourrait être mesuré. Cette variable est une adaptation du concept de lieu de contrôle pour le domaine de la parentalité. Le lieu de contrôle parental se réfère aux croyances du parent quant à son contrôle sur le comportement de son enfant (Campis et al., 1986). Un parent peut croire qu'il a de l'influence et du pouvoir sur le comportement de son enfant (lieu de contrôle interne) ou plutôt attribuer les comportements de son enfant à des facteurs externes et penser qu'il n'a aucun contrôle (lieu de contrôle externe). Le lieu de contrôle parental pourrait également être une variable modératrice entre les services et le SCP. Par exemple, un parent qui croit avoir un certain contrôle sur le comportement de son enfant aura probablement tendance à changer ses comportements à la suite d'une intervention, ce qui aura pour effet d'augmenter son SCP. Au contraire, si le parent est convaincu qu'il n'a aucun contrôle, il ne changera probablement pas son comportement et son SCP restera stable.

La validité sociale se définit comme étant des jugements relatifs à l'importance sociale, éducative ou clinique d'une intervention (Wolf, 1978). Cette validité se compose généralement de trois éléments : les objectifs poursuivis doivent être jugés par les requérants comme pertinents et importants sur le plan social, éducatif ou clinique; les stratégies et les procédures doivent être jugées appropriées socialement et les effets

doivent être importants socialement. Divers publics peuvent être interrogés : les bénéficiaires directs (ex. enfants), les bénéficiaires indirects (ex. parents), les membres de la communauté immédiate (ex. enseignants) et les membres de la communauté étendue (Clément & Schaeffer, 2010). Selon une recension des écrits, l'acceptabilité d'une intervention comportementale pour les parents est liée à l'engagement du parent et aux résultats de l'intervention (Mah & Johnston, 2008). À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée au lien entre le SCP et la validité sociale, mais ces deux variables sont possiblement liées. En effet, un parent qui juge une intervention comme étant efficace s'engagera davantage dans celle-ci et modifiera probablement son comportement puisqu'il sera convaincu de la pertinence de le faire. En modifiant son comportement, il pourrait alors vivre davantage de succès auprès de son enfant et ainsi augmenter son SCP. La validité sociale est peut-être une variable modératrice entre les services et le SCP, ce qui pourrait expliquer l'absence de lien entre ces deux variables dans la présente thèse. Toutefois, la validité sociale se mesure généralement en lien avec une intervention en particulier, ce qui ne se prêtait pas au contexte de la thèse qui incluait tous les types de services. Ainsi, de futures études devraient évaluer les effets modérateurs de ces différentes variables entre les services et le SCP.

Deuxièmement, il serait important d'évaluer l'effet individuel des services actuellement offerts aux familles d'enfants ayant un TSA sur le SCP. En effet, les résultats de la thèse indiquent que les services semblent insuffisants pour augmenter la perception de compétence chez les mères québécoises, même lorsque ce service s'adresse en partie ou entièrement au parent. Toutefois, l'effet individuel de chacun de ces services n'est pas connu. Il est possible que certains services offerts aux parents ne visent pas à les outiller dans leur quotidien, mais visent plutôt à les soutenir dans la mise en place d'une intervention pour l'enfant ayant un TSA. Il est également possible que les services suggèrent des outils aux parents, mais que le temps alloué ne soit pas suffisant pour la consolidation de l'information ou pour permettre l'utilisation de ces outils au quotidien. Pour vérifier l'effet de ces services sur le SCP, il serait important

de mesurer le SCP avant et après la mise en place de l'intervention. Ainsi, l'évaluation individuelle de ces services sur le SCP permettrait de formuler des recommandations spécifiques si ceux-ci diminuent le SCP ou s'ils n'ont aucun effet sur cette variable.

Troisièmement, il serait important de fournir de nouveaux services aux parents d'enfants ayant un TSA. En 2014, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec recommande la mise en place systématique de formations intensives et circonstancielles (p.ex., dès l'obtention du diagnostic) pour les parents d'enfants ayant un TSA. Il s'avère donc primordial d'offrir de façon systématique et ponctuelle des programmes d'habiletés parentales aux parents d'enfants ayant un TSA, notamment parce que des études rapportent que les programmes d'habiletés parentales sont efficaces pour augmenter le SCP (Tellegen & Sanders, 2013). En 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux publie un document s'intitulant *Un geste porteur d'avenir* qui propose des recommandations dans le but d'améliorer les services offerts aux familles ayant un enfant avec un trouble envahissant du développement. L'une des recommandations de ce document est de fournir aux parents des programmes qui leur procureraient un soutien éducatif et émotionnel. Le bilan d'implantation de ces recommandations (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012) révèle que les services offerts aux familles de l'enfant ayant un TSA sont toujours insuffisants.

Le programme d'habiletés parentales *L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA : des parents en action!* est un programme prometteur pour les parents francophones (Rousseau et al., 2016). L'évaluation de ce programme auprès de 38 parents québécois montre, entre autres, qu'il est efficace pour réduire le stress parental et pour améliorer les capacités de communication chez l'enfant. Toutefois, les auteurs n'ont pas mesuré le SCP, l'effet de ce programme sur cette variable est donc inconnu. Il serait intéressant d'évaluer l'effet de ce programme sur diverses variables avec un plus grand échantillon de parents et de constituer un groupe témoin puisque cela n'a pas été fait lors de l'évaluation initiale. Entre autres, il serait important de mesurer le SCP avant, pendant

et après la mise en place de l'intervention à l'aide de *l'Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale.* En plus de vérifier les effets de cette intervention sur cette variable, l'utilisation de cet outil pourrait permettre de bonifier le programme en ciblant les domaines spécifiques dans lesquels les parents d'enfants ayant un TSA se sentent moins compétents.

En plus de déterminer les effets de ce programme, il serait primordial de s'assurer de la qualité de l'implantation et du maintien de l'adhésion des participants. Lors de l'évaluation initiale (Rousseau et al., 2016), plusieurs mesures ont été utilisées afin d'évaluer l'implantation, comme des fiches de suivi complétées par les participants et les animateurs tout au long du programme, un *Questionnaire sur la qualité et la fidélité d'implantation du programme* complété par les animateurs à la fin du programme, un questionnaire bilan complété par les participants à la fin du programme et des groupes de discussion auprès des animateurs. Ainsi, ces mesures devront être instaurées lors de la mise en place du programme. Le maintien de l'adhésion des participants devra également être assuré tout au long du projet. Tout d'abord, le programme pourrait être offert à divers moments de la journée afin de permettre aux parents de choisir un moment qui convient à leur horaire. Ensuite, des rappels (par téléphone ou par courriel) devraient être envoyés deux jours avant la tenue d'un atelier afin de s'assurer de la présence des participants. Aussi, un service de garde pourrait être fourni pour les parents qui en feraient la demande. Enfin, comme suggéré par Rousseau et ses collègues (2016), ce programme pourrait être adapté afin de le rendre accessible en ligne, ce qui permettrait de pallier les difficultés rencontrées comme le déplacement des parents et l'offre de services aux personnes en région. L'efficacité de cette version en ligne pourrait être évaluée afin de la rendre disponible pour tous les parents francophones d'enfants ayant un TSA.

Quatrièmement, il serait important de valider la version de 23 énoncés de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* auprès de pères québécois. D'une part,

il est nécessaire de vérifier les qualités psychométriques de l'instrument lorsqu'il est utilisé auprès de cette population. D'autre part, cette étude permettrait d'établir des normes québécoises pour les pères et les mères et de comparer leur SCP. Dans l'étude de Meunier et Roskam (2009), des différences entre les pères et les mères ont été relevées. Les pères belges se sentent plus compétents dans le domaine de la discipline tandis que les mères se sentent plus compétentes dans les domaines de l'affection et de la routine. Il serait intéressant de vérifier si des résultats similaires ou différents sont retrouvés auprès des parents québécois. Aussi, l'outil validé auprès de pères québécois pourrait permettre de vérifier la relation entre le SCP et les services chez cette population.

Cinquièmement, un guide d'entrevue semi-structuré pourrait être constitué à partir de l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale*. Ainsi, il serait possible d'évaluer le SCP de façon qualitative et de joindre les entrevues avec la passation de l'échelle. D'une part, ceci permettrait de comparer les résultats obtenus lors des entrevues avec les réponses de l'échelle auto-rapportée. D'autre part, les recherches qualitatives permettraient d'approfondir nos connaissances sur le SCP et d'explorer des aspects de la parentalité non préalablement envisagés. Selon les résultats de ces recherches, l'échelle auto-rapportée pourrait être améliorée, par exemple certaines questions pourraient être modifiées ou ajoutées.

Sixièmement, puisque l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* s'adresse aux parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans, il sera important de valider des instruments pouvant mesurer le SCP pour les parents d'enfants âgés de 0 à 2 ans et d'adolescents âgés de plus de 12 ans. Une recension des écrits sur les instruments mesurant le SCP (Wittkowski et al., 2017) recommande certains instruments selon une évaluation de leurs qualités psychométriques. Entre autres, ellesuggère l'utilisation du *Karitane Parenting Confidence Scale* (Črnčec, Barnett & Matthey, 2008) pour les parents d'enfants âgés de 0 à 12 mois, le *Self-Efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale* (van Rijen et al., 2014) pour les parents d'enfants âgés de 13 à 36 mois et le *Me as a Parent* (Hamilton et al., 2014)

pour les parents d'adolescents âgés de plus de 12 ans. À notre connaissance, ces questionnaires n'ont pas encore été traduits et validés auprès d'échantillons francophones. Ainsi, ces instruments devront être traduits en français et validés auprès de parents québécois pour ensuite être utilisés en contexte clinique et de recherche.

Septièmement, des études longitudinales devraient être réalisées auprès de parents d'enfants ayant un TSA. Pour ces études, des parents d'enfants ayant récemment reçu un diagnostic devraient être ciblés afin de mesurer leur SCP. Le SCP pourrait être mesuré tous les trois mois afin de voir l'effet de l'attente de services et l'effet de l'obtention des services sur cette variable. Le délai d'attente a-t-il un effet sur le SCP? Y a-t-il une différence chez les parents qui attendent depuis un mois et les parents qui attendent depuis un an? Y a-t-il un moment clé où on voit un effet de l'attente sur le SCP? Quel est l'effet du début des services sur le SCP? Ces services ont-ils un effet sur la variable? Quand cet effet apparait-il en moyenne? Le nombre de services reçus influence-t-il le SCP? Ces études favoriseraient une meilleure compréhension de l'effet de l'attente et de l'obtention des services chez les parents d'enfants ayant un TSA.

Huitièmement, les relations entre certaines caractéristiques du parent et l'évolution de leur SCP pourraient être mesurées. Tout d'abord, il serait intéressant de voir si le lien biologique entre l'enfant et le parent a un effet sur le SCP. En effet, les parents d'enfants adoptés ont-ils un SCP similaire aux parents d'enfants biologiques? Chez les couples homoparentaux, le parent qui n'a pas de lien biologique avec l'enfant a-t-il un SCP similaire au parent biologique? Ensuite, certaines variables sociodémographiques devraient être évaluées plus en profondeur. Les résultats de la thèse montrent que l'état civil, l'éducation et l'âge de la mère sont liés au SCP. Ces liens sont-ils également présents chez les pères? D'autres variables sociodémographiques comme le revenu ou le statut d'emploi sont-elles liées au SCP chez les pères? Ainsi, connaître les caractéristiques du parent qui influencent son SCP pourrait permettre de mieux cibler les parents à risques d'avoir un faible SCP et ainsi leur fournir un soutien supplémentaire.

Neuvièmement, il est possible que les études proposées précédemment montrent que le SCP est un construit plus difficile à modifier que d'autres par des variations environnementales, telles que les services obtenus par la famille d'un enfant ayant un TSA. Une étude (Mouton & Roskam, 2015) auprès de 42 mères d'enfants âgés de 4 ou 5 ans s'est intéressée à modifier le SCP de façon expérimentale. Les résultats montrent que l'utilisation de la rétroaction positive en laboratoire peut augmenter significativement le SCP des mères. Les auteurs n'ont pas vérifié si cette augmentation du SCP se maintient à la suite de la rencontre en laboratoire, notamment parce qu'ils devaient révéler aux participantes les objectifs de l'étude à la fin de celle-ci. Plusieurs études ont montré que le SCP augmente après les programmes d'habiletés parentales (Barlow et al., 2002; Frantz et al., 2018; Nowak & Heinrichs, 2008; Tellegen & Sanders, 2013). Toutefois, l'effet de ces services se maintient-il après l'intervention? Comme le mentionne Bandura (1977), ce sont les succès répétés qui ont pour effet d'augmenter le SCP. Combien faut-il de succès exactement? Sur quelle période de temps? De futures études devraient s'intéresser au maintien du SCP à la suite d'une intervention pour ainsi vérifier la malléabilité de ce concept.

Dixièmement, il serait intéressant d'explorer d'autres variables pouvant être potentiellement plus affectées par la présence de services en général, comme le stress parental, les symptômes dépressifs, le style parental et les stratégies d'adaptation. Le stress parental et les symptômes dépressifs sont particulièrement élevés chez les parents d'enfants ayant un TSA (Davis & Carter, 2008; Hayes & Watson, 2013) et des études montrent que les programmes d'habiletés parentales parviennent à diminuer ces variables (Barlow et al., 2002; Keen et al., 2010; Rousseau et al., 2016). Aussi, le programme d'habiletés parentales *Stepping Stones Triple P*, destiné aux parents d'enfants ayant un TSA, s'est montré efficace pour améliorer le style parental (Tellegen & Sanders, 2013). Cette variable peut être mesurée à l'aide du *Parenting Scale* (Arnold et al., 1993), qui, à notre connaissance, n'a pas encore été validé en français. Ainsi, il serait intéressant de voir si la présence de services en général peut améliorer le style

parental, diminuer le stress parental et les symptômes dépressifs. Il serait également intéressant de vérifier si les stratégies d'adaptation sont sensibles aux services reçus par les parents d'enfants ayant un TSA. En effet, une étude montre que ces parents utilisent plus fréquemment l'évitement actif, une stratégie d'adaptation inefficace, que les parents d'enfants tout-venant (Lai et al., 2015). Les stratégies d'adaptation pourraient être mesurées avec le *Brief COPE* (Carver et al., 1989), validé en français (Muller & Spitz, 2003), qui évalue 14 types de stratégies efficaces et inefficaces.

En conclusion, cette thèse a permis l'adaptation et la validation de *l'Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale* auprès de mères québécoises. De plus, plusieurs relations intéressantes ont été établies, comme le lien entre certaines informations sociodémographiques et le SCP, ou encore le lien entre le fonctionnement familial et le SCP. La contribution principale de la thèse est d'avoir mis en lumière l'importance de s'intéresser aux services offerts aux familles d'enfants ayant un TSA puisque ceux-ci ne semblent pas avoir un effet sur le SCP. Le SCP est une variable importante à augmenter, notamment chez cette population qui est particulièrement à risque d'avoir un faible SCP. Ainsi, de nombreuses avenues de recherches restent encore à être explorées pour améliorer les services offerts et pour approfondir notre compréhension du SCP auprès de cette population.

APPENDICE A

QUESTIONNAIRES

Adaptation de 23 énoncés de l'Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale

Les prochaines questions portent sur votre sentiment de compétence en tant que parent. Veuillez svp répondre à chacun des énoncés en indiquant votre degré d'accord ou de désaccord.

Pas d'accord…Peu d'accord…Moyennement d'accord…Très d'accord…Tout à fait d'accord

1) J'éprouve certaines difficultés à ce que mon enfant m'écoute. *Discipline*

2) Je suis parvenu(e) à établir une routine (p. ex. lever, coucher) saine et régulière pour mon enfant. *Routine*

3) Mon enfant sent que je le comprends lorsqu'il est malheureux ou triste. *Affection*

4) Je ne suis pas très compétent(e) pour obtenir de mon enfant qu'il respecte les routines. *Routine*

5) Je ne pense pas être capable d'établir une routine de sommeil pour mon enfant. *Routine*

6) Je suis capable de sentir quand mon enfant est en détresse. *Affection*

7) Quand mon enfant se fâche, je peux en général le gérer en restant calme. *Discipline*

8) Jouer fait partie de la relation que j'aie avec mon enfant...relation dans laquelle je me débrouille très bien. *Jeu*

9) J'éprouve certaines difficultés à pouvoir expliquer des choses à mon enfant avec des mots qu'il comprend. *Apprentissage*

10) Je suis un bon partenaire de jeu pour mon enfant. *Jeu*

11) Je ne suis jamais à court d'idées lorsqu'il s'agit de jouer avec mon enfant. *Jeu*

12) Mon enfant n'a pas souvent le comportement que je souhaiterais. *Discipline*

13) Je suis capable de m'impliquer activement dans les jeux avec mon enfant. *Jeu*

14) Bien que je voudrais aider mon enfant à apprendre des choses sur le monde qui l'entoure, je ne me sens pas très compétent(e) dans ce domaine. *Apprentissage*

15) Je pense que mon enfant sent à travers mes faits et gestes combien je l'aime. *Affection*

16) Je suis très bon(ne) lorsqu'il s'agit de réconforter mon enfant. *Affection*

17) J'ai l'impression de n'avoir aucun contrôle sur l'hygiène de vie (p. ex. sommeil, nourriture) de mon enfant. *Routine*

18) J'ai réussi avec succès à ce que mon enfant ait une routine régulière. *Routine*

19) Malgré mes efforts, je n'arrive pas à avoir beaucoup d'influence sur la manière dont mon enfant se comporte. *Discipline*

20) Je ne suis probablement pas la personne idéale pour apprendre à mon enfant les choses qu'il a besoin de savoir. *Apprentissage*

21) Mon enfant sent que je l'aime beaucoup. *Affection*

22) Généralement, mon enfant m'obéit et j'en suis satisfait(e). *Discipline*

23) Lorsque mon enfant dépasse les limites que je lui mets, cela me décourage beaucoup. *Discipline*

Cotation

1 = Pas d'accord
2 = Peu d'accord
3 = Moyennement d'accord
4 = Très d'accord
5 = Tout à fait d'accord

Questions inversées : 1, 4, 5, 9, 12, 14, 17, 19, 20

Le score total varie entre 23 et 115.

THÈQUE
UQÀM

INDEX DE STRESS PARENTAL (ISP/FB)
Forme brève
de

Richard R. Abidin
Université de Virginie

Traduction révisée par Lacharité (1993)

Directives:

En répondant aux questions suivantes, pensez à l'enfant qui vous cause le plus de souci.

Pour chaque question, veuillez inscrire la réponse qui décrit le mieux vos sentiments. Si toutefois aucune des réponses proposées ne correspond exactement à vos sentiments, veuillez inscrire celle qui s'en rapproche le plus. **Votre première réaction à chaque question devrait être votre réponse.**

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en choisissant le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. Si vous êtes incertain(e), choisissez le numéro 3.

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	**D'accord**	**Pas certain**	**En désaccord**	**En profond désaccord**

Exemple : 1 (2) 3 4 5 J'aime aller au cinéma. (si vous aimez de temps à autre aller au cinéma, vous choisirez le numéro 2.)

Tous droits réservés 1990 - Abidin

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	**D'accord**	**Pas certain**	**En désaccord**	**En profond désaccord**

1. J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper de mes tâches quotidiennes.
2. Je me retrouve à sacrifier une partie de ma vie plus grande que prévue à répondre aux besoins de mes enfants.
3. Je me sens coincé(e) par mes responsabilités de parent.
4. Depuis que j'ai cet enfant, il m'a été impossible de faire des choses nouvelles et différentes.
5. Depuis que j'ai un enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que j'ai la possibilité de faire les choses que j'aime.
6. Je suis mécontent(e) du dernier vêtement que je me suis acheté(e).
7. Il y a un bon nombre de choses qui me tracassent en ce qui concerne ma vie.
8. Avoir un enfant a causé plus de problèmes que j'avais prévu dans la relation avec mon (ma) partenaire.
9. Je me sens seul(e) et sans ami(e).
10. Lorsque je vais à une soirée, je m'attend habituellement à ne pas avoir de plaisir.
11. Je ne suis plus autant intéressé(e) aux gens que je l'étais auparavant.
12. Je n'ai pas autant de plaisir qu'auparavant.
13. Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir.
14. La plupart du temps, j'ai l'impression que mon enfant m'aime et qu'il veut être près de moi.
15. Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais.
16. Lorsque je fais quelque chose pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés.
17. Lorsque mon enfant joue, il ne rit pas souvent.
18. Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants.
19. Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants.
20. Mon enfant n'a pas autant de capacités que je m'y attendais.
21. Mon enfant s'habitue difficilement à de nouvelles choses et seulement après une longue période.
22. J'ai l'impression d'être:
    1. un très bon parent;
    2. un meilleur parent que la moyenne;
    3. un aussi bon parent que le moyenne;
    4. une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent;
    5. un parent qui ne joue pas très bien son rôle de parent.

1	2	3	4	5
Profondément d'accord	**D'accord**	**Pas certain**	**En désaccord**	**En profond désaccord**

23. Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe.

24. Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent juste pour être méchant.

25. Mon enfant semble pleurer ou pleurnicher plus souvent que la plupart des enfants.

26. Mon enfant se réveille en général de mauvaise humeur.

27. J'ai l'impression que mon enfant possède une humeur instable et qu'il se fâche facilement.

28. Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent beaucoup.

29. Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas.

30. Mon enfant s'emporte facilement pour des petites choses.

31. L'horaire de sommeil ou de repas de mon enfant a été beaucoup plus difficile à établir que je croyais.

32. J'en suis arrivé à penser que d'amener mon enfant à faire quelque chose ou de l'amener à cesser de faire quelque chose est:

    1. beaucoup plus difficile que je croyais;
    2. un peu plus difficile que je croyais;
    3. aussi difficile que je croyais;
    4. un peu plus facile que je croyais;
    5. beaucoup plus facile que je croyais.

33. Réfléchissez bien et comptez le nombre de choses que votre enfant fait qui vous dérangent. Par exemple: flâner, refuser d'écouter, réagir avec excès, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le numéro qui correspond à ce que vous avez calculé:

    1. 1 - 3
    2. 4 - 5
    3. 6 - 7
    4. 8 - 9
    5. 10 ou plus.

34. Il y a certaines choses que mon enfant fait qui me dérangent vraiment beaucoup.

35. Mon enfant est devenu plus problématique que je m'y attendais.

36. Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants.

THÈSTOTHÈQUE
UQÀM

Inventaire de stress parental- Forme brève

Feuille réponse

Nom et Prénom du parent: _____

Nom et prénom de l'enfant-cible: _____

Date: _____

1.	1	2	3	4	5		**19.**	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5		**20.**	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5		**21.**	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5	*	**22.**	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5		**23.**	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5		**24.**	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5		**25.**	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5		**26.**	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5		**27.**	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5		**28.**	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5		**29.**	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5		**30.**	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5		**31.**	1	2	3	4	5
* **14.**	1	2	3	4	5		**32.**	1	2	3	4	5
15.	1	2	3	4	5	*	**33.**	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5		**34.**	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5		**35.**	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5		**36.**	1	2	3	4	5

Le calcul des échelles s'effectue en inversant le score des items sauf ceux précédés d'un astérisque.

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

NOM ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋ PRÉNOM ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋

SEXE ⌊⌋ AGE ⌊⌋⌊⌋ DATE ⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋⌊⌋

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A.	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B.	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer	3
C.	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D.	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E.	Je ne me sens pas coupable	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vaux rien.	3
F.	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G.	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H.	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indifférent totalement	3
I.	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J.	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K.	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L.	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M.	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

7- FONCTIONNEMENT DE TA FAMILLE

Échelle de fonctionnement général du *McMaster Family Assessment Device* (Epstein, Baldwin et Bishop, 1983)

Maintenant j'aimerais connaître la perception que tu as du fonctionnement de la famille dans laquelle tu vis. Réponds aux énoncés en te servant de la grille suivante.

Dans ma famille....	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
1. Il est difficile de planifier les activités familiales car nous nous comprenons mal les uns les autres.	1 O	2 O	3 O	4 O
2. En temps de crise, nous pouvons compter sur le soutien des uns et des autres.	1 O	2 O	3 O	4 O
3. Nous ne pouvons pas nous parler mutuellement de la tristesse que nous ressentons.	1 O	2 O	3 O	4 O
4. Les individus (les membres de la famille) sont acceptés pour ce qu'ils sont.	1 O	2 O	3 O	4 O
5. Nous évitons de parler de nos peurs et de nos inquiétudes.	1 O	2 O	3 O	4 O
6. Nous pouvons exprimer nos sentiments les uns envers les autres.	1 O	2 O	3 O	4 O
7. Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans la famille.	1 O	2 O	3 O	4 O
8. Nous nous sentons acceptés pour ce que nous sommes.	1 O	2 O	3 O	4 O
9. Prendre des décisions est un problème dans notre famille.	1 O	2 O	3 O	4 O
10. Nous sommes capables de prendre des décisions sur la façon de résoudre les problèmes.	1 O	2 O	3 O	4 O
11. Nous ne nous entendons pas bien ensemble.	1 O	2 O	3 O	4 O
12. Nous nous confions les uns aux autres.	1 O	2 O	3 O	4 O

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 1

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« Validation de l'Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale auprès de parents québécois d'enfants âgés de 2 à 12 ans »

PRÉAMBULE

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet de thèse doctorale portant sur la validation du sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants sans trouble diagnostiqué et des parents d'enfants ayant un trouble de développement.

IDENTIFICATION :

Chercheur(e) responsable du projet **:** Chanelle Lefebvre, candidate au doctorat en psychologie Tél : 514-987-3000 poste 7776

Département, centre ou institut **:** Département de psychologie

Adresse postale : Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8

Adresse courriel **:** lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

Membre(s) de l'équipe **:** Jacques Forget, D. Ps., Philippe Valois, M.Ps.

OBJECTIFS DU PROJET et FINANCEMENT

Le but de cette recherche consiste à effectuer la validation d'un instrument qui s'appelle l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale.* Cette validation est effectuée auprès de parents québécois qui ont au moins un enfant âgé de 2 à 12 ans.

Le présent projet est financé par le Laboratoire des sciences appliquées du comportement (LSAC), dirigé par M. Jacques Forget, D.Ps.

PROCÉDURES OU TÂCHES DEMANDÉES AUX PARTICIPANTS

Votre participation consiste à remplir deux questionnaires : un questionnaire sociologique et l'*Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale.* Vous pourrez remplir ces questionnaires en ligne au moment qui vous convient le plus. La passation est d'une durée d'environ 20 minutes. Notez qu'il vous sera possible de cesser de répondre aux questionnaires et d'y revenir ultérieurement

Un mois après votre participation, nous vous enverrons un courriel afin de voir si vous accepteriez de remplir de nouveau le questionnaire sur le sentiment de compétence parentale seulement. Cette démarche nous permettra de mieux valider le questionnaire. Si vous ne désirez pas répondre à nouveau au questionnaire, vous n'aurez qu'à ignorer le courriel.

Vous pouvez communiquer avec Chanelle Lefebvre (lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca ou 514-987-3000 poste 7776) afin d'obtenir davantage d'informations sur la façon de répondre au questionnaire ou sur cette notion de sentiment de compétence parentale.

AVANTAGES et RISQUES POTENTIELS

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances concernant le sentiment de compétence parentale et concernant la validation d'un instrument francophone.

La participation à cette étude ne représente qu'un risque minimal d'inconfort face aux questions qui vous seront posées. Si vous ressentez un quelconque inconfort, vous pouvez contacter l'un des organismes suivants : Ordre des psychologues du Québec : (514) 738-1881 www.ordrepsy.qc.ca Revivre : 1 866-738-4873 www.revivre.org Tel-Écoute : (514) 493-4484 www.tel-ecoute.org Tel-Aide : (514) 935-1101 www.telaide.org/

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que tous les renseignements recueillis lors de la passation des questionnaires sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données. Les données recueillies seront hébergées sur le site Interceptum pour la durée totale du projet.

Afin de protéger votre identité et la confidentialité des données recueillies auprès de vous, vous serez toujours identifié(e) par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que du chercheur responsable du projet (et de son délégué).

Les données personnelles et votre consentement numérique seront effacés au terme de 5 ans suivant la dernière publication.

Votre adresse courriel et votre adresse postale (que nous vous demanderons que dans le cas où vous remportez l'un des deux tirages) ne sont utilisées que pour vous contacter et/ou pour vous faire parvenir la compensation. Ces données seront connues uniquement par le responsable de la recherche (et de son délégué).

PARTICIPATION VOLONTAIRE et DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette étude, sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive contraire de votre part, les documents vous concernant seront détruits.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoires et thèses des étudiants membres de l'équipe, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE OU AUTRE

Votre participation vous donne également accès à un tirage de cartes de crédit prépayées d'une valeur de 25 $ chacune. Vos chances de gagner sont d'une chance sur cinquante (1 sur 50).

Si vous répondez une deuxième fois au questionnaire portant sur le sentiment de compétence parentale, vous aurez accès à un autre tirage de cartes de crédit prépayées d'une valeur de 25 $ chacune. Vos chances de gagner pour ce tirage sont d'une chance sur cinquante (1 sur 50).

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

RECHERCHES ULTÉRIEURES

Au terme du présent projet, nous aimerions conserver sur une période de 5 ans suivant la dernière publication toutes les données recueillies auprès de vous (dont vos données personnelles) pour conduire d'autres projets de recherche. Les règles d'éthique du présent projet s'appliquent à cette conservation à long terme de vos données. Tout projet de recherche ultérieur mené avec les données recueillies sera d'abord évalué par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

☐ J'accepte que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

☐ Je refuse que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur votre participation et sur vos droits en tant que participant de recherche, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec :

Chanelle Lefebvre

Numéro de téléphone : 514-987-3000 poste 7776

Adresse courriel :
lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour étudiants (CERPE) de l'Université du Québec à Montréal. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la Présidente du CERPE, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514)-987-3000 #3642 ou par courriel à sergent.julie@uqam.ca.

SIGNATURE

Par la présente :

a) je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement;

b) je consens volontairement à participer à ce projet de recherche;

c) je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique;

d) je confirme avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer;

e) je reconnais aussi que le responsable du projet (ou son délégué) a répondu à mes questions de manière satisfaisante; et

f) je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Signature électronique du participant :

Nom (lettres moulées) :

Adresse courriel :

Je, soussigné, déclare :

a) avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et autres dispositions du formulaire d'information et de consentement;
et

b) avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux posées.

J'accepte de participer à l'étude : Oui Non

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement vous sera envoyé par courriel.

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 2

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« Évaluation de l'influence des services éducatifs et de réadaptation sur le sentiment de compétence parentale de parents francophones d'enfants âgés de 2 à 12 ans avec un trouble du spectre de l'autisme »

PRÉAMBULE

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet de thèse doctorale en psychologie portant sur le sentiment de compétence parentale de parents québécois d'enfants âgés de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme recevant ou non des services.

IDENTIFICATION :

Chercheur(e) responsable du projet : Chanelle Lefebvre, candidate au doctorat en psychologie Tél : 514-987-3000 poste 7776

Département, centre ou institut : Département de psychologie

Adresse postale : Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8

Adresse courriel : lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

Membre(s) de l'équipe : Jacques Forget, D. Ps., Philippe Valois, M.Ps.

OBJECTIFS DU PROJET et FINANCEMENT

Le but de cette recherche se divise en deux objectifs. Le premier est de voir si les services reçus influencent le sentiment de compétence parentale. Le deuxième est de voir le lien entre le sentiment de compétence parentale et différentes variables :

le stress parental, les symptômes dépressifs, l'acceptabilité du traitement et le fonctionnement social.

Le présent projet est financé par le Laboratoire des sciences appliquées du comportement (LSAC), dirigé par M. Jacques Forget, D.Ps.

PROCÉDURES OU TÂCHES DEMANDÉES AUX PARTICIPANTS

Votre participation consiste à remplir six questionnaires : un questionnaire sociodémographique, l'Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale, l'Index de Stress Parental, le Questionnaire Abrégé de Beck, l'Échelle de Fonctionnement Général et l'Échelle d'acceptabilité du traitement. Les questionnaires visent à mesurer le sentiment de compétence parentale, le stress parental, les symptômes dépressifs, le fonctionnement général de la famille et le niveau d'acceptabilité d'un service qui s'adresse à l'enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme. Si vous recevez plus d'un service pour votre enfant, vous devrez choisir celui que vous considérez le plus efficace pour lui lorsque vous répondrez à l'Échelle d'acceptabilité du traitement. Dans le cas où vous ne recevez pas de services, vous ne compléterez pas l'Échelle d'acceptabilité du traitement. Vous pourrez remplir ces questionnaires en ligne au moment qui vous convient le plus. Le temps de passation est estimé à 40 à 60 minutes.

Vous pouvez communiquer avec Chanelle Lefebvre (lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca ou 514-987-3000 poste 7776) afin d'obtenir davantage d'informations sur la façon de répondre au questionnaire ou sur cette notion de sentiment de compétence parentale.

AVANTAGES et RISQUES POTENTIELS

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances concernant le lien entre les services reçus et le sentiment de compétence parentale et le lien entre le sentiment de compétence parentale et plusieurs autres variables.

La participation à cette étude ne représente qu'un risque minimal d'inconfort face aux questions qui vous seront posées. Si vous ressentez un quelconque inconfort, vous pouvez contacter l'un des organismes suivants : Ordre des psychologues du Québec : (514) 738-1881 www.ordrepsy.qc.ca Revivre : 1 866-738-4873 www.revivre.org Tel-Écoute : (514) 493-4484 www.tel-ecoute.org Tel-Aide : (514) 935-1101 www.telaide.org/

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que tous les renseignements recueillis lors de la passation des questionnaires sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données. Les données recueillies seront hébergées sur le site Interceptum pour la durée totale du projet.

Afin de protéger votre identité et la confidentialité des données recueillies auprès de vous, vous serez toujours identifié(e) par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que du chercheur responsable du projet (et de son délégué).

Les données personnelles et votre consentement numérique seront effacés au terme de 5 ans suivant la dernière publication.

Votre adresse courriel et votre adresse postale (que nous vous demanderons que dans le cas où vous remportez l'un des deux tirages) ne sont utilisées que pour vous contacter et/ou pour vous faire parvenir la compensation. Ces données seront connues uniquement par le responsable de la recherche (et de son délégué).

PARTICIPATION VOLONTAIRE et DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette étude, sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive contraire de votre part, les documents vous concernant seront détruits.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoires et thèses des étudiants membres de l'équipe, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE OU AUTRE

Votre participation vous donne également accès à un tirage de cartes de crédit prépayées d'une valeur de 25 $ chacune. Vos chances de gagner sont d'une chance sur vingt-cinq (1 sur 25).

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

RECHERCHES ULTÉRIEURES

Au terme du présent projet, nous aimerions conserver sur une période de 5 ans suivant la dernière publication toutes les données recueillies auprès de vous (dont vos données personnelles) pour conduire d'autres projets de recherche. Les règles d'éthique du présent projet s'appliquent à cette conservation à long terme de vos données. Tout projet de recherche ultérieur mené avec les données recueillies sera d'abord évalué par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

☐ J'accepte que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

☐ Je refuse que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur votre participation et sur vos droits en tant que participant de recherche, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec :

Chanelle Lefebvre

Numéro de téléphone : 514-987-3000 poste 7776

Adresse courriel : lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour étudiants (CERPE) de l'Université du Québec à Montréal. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la Présidente du CERPE, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514)-987-3000 #3642 ou par courriel à sergent.julie@uqam.ca.

SIGNATURE

Par la présente :

a) je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement;

b) je consens volontairement à participer à ce projet de recherche;

c) je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique;

d) je confirme avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer;

e) je reconnais aussi que le responsable du projet (ou son délégué) a répondu à mes questions de manière satisfaisante; et

f) je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Signature électronique du participant :

Nom (lettres moulées) :

Adresse courriel :

Je, soussigné, déclare :

a) avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et autres dispositions du formulaire d'information et de consentement; et

b) avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux

posées. J'accepte de participer à l'étude : Oui Non

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement vous sera envoyé par courriel.

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 3

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

« Évaluation de l'influence des services éducatifs et de réadaptation sur le sentiment de compétence parentale de parents francophones d'enfants âgés de 2 à 12 ans avec un trouble du spectre de l'autisme »

PRÉAMBULE

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet de thèse doctorale en psychologie portant sur le sentiment de compétence parentale de parents québécois d'enfants âgés de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme recevant des services depuis au moins trois mois.

IDENTIFICATION :

Chercheur(e) responsable du projet : Chanelle Lefebvre, candidate au doctorat en psychologie Tél : 514-987-3000 poste 7776

Département, centre ou institut : Département de psychologie

Adresse postale : Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8

Adresse courriel : lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

Membre(s) de l'équipe : Jacques Forget, D. Ps., Philippe Valois, M.Ps.

OBJECTIFS DU PROJET et FINANCEMENT

Le but de cette recherche est de voir les différentes composantes des services qui influencent le sentiment de compétence parentale des parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme.

Le présent projet est financé par le Laboratoire des sciences appliquées du comportement (LSAC), dirigé par M. Jacques Forget, D.Ps.

PROCÉDURES OU TÂCHES DEMANDÉES AUX PARTICIPANTS

Votre participation consiste à remplir deux questionnaires : un questionnaire sociodémographique et l'Échelle Globale du Sentiment de Compétence Parentale. Vous pourrez remplir ces questionnaires en ligne au moment qui vous convient le plus. Le temps de passation est estimé de 15 minutes.

Vous pouvez communiquer avec Chanelle Lefebvre (lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca ou 514-987-3000 poste 7776) afin d'obtenir davantage d'informations sur la façon de répondre au questionnaire ou sur cette notion de sentiment de compétence parentale.

AVANTAGES et RISQUES POTENTIELS

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances concernant le lien entre les services reçus et le sentiment de compétence parentale.

La participation à cette étude ne représente qu'un risque minimal d'inconfort face aux questions qui vous seront posées. Si vous ressentez un quelconque inconfort, vous pouvez contacter l'un des organismes suivants : Ordre des psychologues du Québec : (514) 738-1881 www.ordrepsy.qc.ca Revivre : 1 866-738-4873 www.revivre.org Tel-Écoute : (514) 493-4484 www.tel-ecoute.org Tel-Aide : (514) 935-1101 www.telaide.org/

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que tous les renseignements recueillis lors de la passation des questionnaires sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données. Les données recueillies seront hébergées sur le site Interceptum pour la durée totale du projet.

Afin de protéger votre identité et la confidentialité des données recueillies auprès de vous, vous serez toujours identifié(e) par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que du chercheur responsable du projet (et de son délégué).

Les données personnelles et votre consentement numérique seront effacés au terme de 5 ans suivant la dernière publication.

Votre adresse courriel et votre adresse postale (que nous vous demanderons que dans le cas où vous remportez l'un des deux tirages) ne sont utilisées que pour vous contacter et/ou pour vous faire parvenir la compensation. Ces données seront connues uniquement par le responsable de la recherche (et de son délégué).

PARTICIPATION VOLONTAIRE et DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Par ailleurs, vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette étude, sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive contraire de votre part, les documents vous concernant seront détruits.

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, mémoires et thèses des étudiants membres de l'équipe, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

COMPENSATION FINANCIÈRE OU AUTRE

Votre participation vous donne également accès à un tirage d'une carte de crédit prépayée d'une valeur de 50 $.

CLAUSE DE RESPONSABILITÉ

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

RECHERCHES ULTÉRIEURES

Au terme du présent projet, nous aimerions conserver sur une période de 5 ans suivant la dernière publication toutes les données recueillies auprès de vous (dont vos données personnelles) pour conduire d'autres projets de recherche. Les règles d'éthique du présent projet s'appliquent à cette conservation à long terme de vos données. Tout projet de recherche ultérieur mené avec les données recueillies sera d'abord évalué par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

☐ J'accepte que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

☐ Je refuse que mes données puissent être utilisées pour des projets de recherche ultérieurs

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur votre participation et sur vos droits en tant que participant de recherche, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec :

Chanelle Lefebvre

Numéro de téléphone : 514-987-3000 poste 7776

Adresse courriel : lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez ajouter vos coordonnées ci-dessous.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains par le Comité d'éthique de la recherche pour étudiants (CERPE) de l'Université du Québec à Montréal. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter la Présidente du CERPE, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514)-987-3000 #3642 ou par courriel à sergent.julie@uqam.ca.

SIGNATURE

Par la présente :

a) je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement;

b) je consens volontairement à participer à ce projet de recherche;

c) je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique;

d) je confirme avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer;

e) je reconnais aussi que le responsable du projet (ou son délégué) a répondu à mes questions de manière satisfaisante; et

f) je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Signature électronique du participant :

Nom (lettres moulées) :

Adresse courriel :

Je, soussigné, déclare :

a) avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et autres dispositions du formulaire d'information et de consentement;

et

b) avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux posées.

J'accepte de participer à l'étude : Oui Non

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement vous sera envoyé par courriel.

APPENDICE E

CERTIFICATS DU COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No. de certificat: 1178

Certificat émis le: 15-12-2016

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Évaluation de l'influence des services éducatifs et de réadaptation sur le sentiment de compétence parentale de parents francophones d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme
Nom de l'étudiant:	Chanelle LEFEBVRE
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)
Direction de recherche:	Jacques FORGET

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No. de certificat: 4017

Certificat émis le: 09-12-2019

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Évaluation de l'influence des services éducatifs et de réadaptation sur le sentiment de compétence parentale de parents francophones d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme
Nom de l'étudiant:	Chanelle LEFEBVRE
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)
Direction de recherche:	Jacques FORGET

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

UQÀM | Comités d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No. de certificat: 4017

Date: 09-06-2020

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Titre du projet:	Évaluation de l'influence des services éducatifs et de réadaptation sur le sentiment de compétence parentale de parents francophones d'enfants avec un trouble du spectre de l'autisme
Nom de l'étudiant:	Chanelle LEFEBVRE
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)
Direction de recherche:	Jacques FORGET

Objet : Fin du projet

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a bien reçu votre rapport éthique final et vous en remercie. Ce rapport répond de manière satisfaisante aux attentes du comité.

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Cordialement,

Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPE FSH

APPENDICE F

AFFICHE DE RECRUTEMENT DE L'ÉTUDE 1

PARENTS RECHERCHÉS

ÉTUDE SUR LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE DE PARENTS QUÉBÉCOIS D'ENFANTS ÂGÉS DE 2 À 12 ANS RÉALISÉE DANS LE CADRE D'UNE THÈSE DOCTORALE EN PSYCHOLOGIE.

ADMISSIBILITÉE: HABITER AU QUÉBEC ET AVOIR AU MOINS UN ENFANT ÂGÉ DE 2 À 12 ANS.

IMPLICATION: VOTRE PARTICIPATION IMPLIQUE DE RÉPONDRE À DEUX QUESTIONNAIRES (LE TEMPS DE PASSATION VARIE DE 20 À 40 MINUTES SELON LE NOMBRE D'ENFANTS QUE VOUS AVEZ QUI SONT ÂGÉS DE 2 À 12 ANS.)

AVANTAGE: VOTRE PARTICIPATION CONTRIBUERA À L'AVANCEMENT DES CONNAISSANCES CONCERNANT LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE ET CONCERNANT LA VALIDATION D'UN INSTRUMENT FRANCOPHONE.

COMMENT PARTICIPER: VOUS POUVEZ ACCÉDER AUX QUESTIONNAIRES VIA LE LIEN SUIVANT:

HTTPS://INTERCEPTUM.COM/S/FR/SENTIMENTCOMPETENCEQC

COMPENSATION: EN PARTICIPANT À L'ÉTUDE, VOUS COURREZ LA CHANCE DE GAGNER L'UNE DES SIX CARTES DE CRÉDIT PRÉPAYÉES D'UNE VALEUR DE 25$ CHACUNE (1 CHANCE SUR 50 DE GAGNER.)

UQÀM Université du Québec à Montréal — Laboratoire des Sciences Appliquées du Comportement

POUR PARTICIPER ACCÉDEZ AU LIEN SUIVANT:
HTTPS://INTERCEPTUM.COM/S/FR/SENTIMENTCOMPETENCEQC

Recherche réalisée dans le cadre du doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal

Pour toutes questions ou commentaires, veuillez communiquer avec Chanelle Lefebvre à lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

APPENDICE G

AFFICHE DE RECRUTEMENT DE L'ÉTUDE 2

Pères et mères d'enfants ayant un TSA recherchés

Étude sur le lien entre le sentiment de compétence parentale et les services reçus chez des pères et mères d'enfants âgés de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme.

ADMISSIBILITÉ: Habiter au Québec et avoir un enfant âgé de 2 à 12 ans ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme.

IMPLICATION: Votre participation implique de répondre à 5 ou 6 questionnaires (selon si votre enfant reçoit présentement des services ou non). Le temps de passation est de 40 à 60 minutes.

AVANTAGE: Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances concernant le lien entre le sentiment de compétence parentale et les services reçus, ainsi que le lien entre cette dimension et plusieurs variables.

COMMENT PARTICIPER: Vous pouvez accéder au questionnaire via le lien suivant : https://interceptum.com/s/fr/SentimentCompetenceTSA

COMPENSATION: En participant à l'étude, vous courrez la chance de gagner une carte de crédit prépayée d'une valeur de 50$ (1 chance sur 25 de gagner).

QUESTIONS OU COMMENTAITRES? ÉCRIVEZ À:
LEFEBVRE.CHANELLE@GMAIL.COM

UQÀM Université du Québec à Montréal — Laboratoire des Sciences Appliquées du Comportement

Vous pouvez accéder au questionnaire via le lien suivant :
https://interceptum.com/s/fr/SentimentCompetenceTSA

Recherche réalisée dans le cadre du doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal
Pour toutes questions ou commentaires, veuillez communiquer avec Chanelle Lefebvre à
lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

APPENDICE H

AFFICHE DE RECRUTEMENT DE L'ÉTUDE 3

Pères et mères d'enfants ayant un TSA recherchés

Étude sur le lien entre le sentiment de compétence parentale et les services reçus chez des pères et mères d'enfants âgés de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme.

ADMISSIBILITÉ: Habiter au Québec et avoir un enfant âgé de 2 à 12 ans ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme.

IMPLICATION: Votre participation implique de répondre à 2 questionnaires Le temps de passation est de 10 minutes.

AVANTAGE: Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances concernant le lien entre le sentiment de compétence parentale et les services reçus, ainsi que le lien entre cette dimension et plusieurs variables.

COMMENT PARTICIPER: Vous pouvez accéder au questionnaire via le lien suivant : https://interceptum.com/s/fr/SentimentCompetenceTSA

COMPENSATION: En participant à l'étude, vous courrez la chance de gagner une carte de crédit prépayée d'une valeur de 50$

QUESTIONS OU COMMENTAITRES? ÉCRIVEZ À:
LEFEBVRE.CHANELLE@GMAIL.COM

UQÀM Université du Québec à Montréal — Laboratoire des Sciences Appliquées du Comportement

Vous pouvez accéder au questionnaire via le lien suivant :
https://interceptum.com/s/fr/SentimentCompetenceTSA

Recherche réalisée dans le cadre du doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal
Pour toutes questions ou commentaires, veuillez communiquer avec Chanelle Lefebvre à lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

APPENDICE I

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE
THE JOURNAL OF CHILD AND FAMILY STUDIES

Gmail Chanelle Lefebvre <lefebvre.chanelle@gmail.com>

JCFS-D-19-01011 - Submission Confirmation

Journal of Child and Family Studies (JCFS) <em@editorialmanager.com> 23 novembre 2019 à 12:18
Répondre à : "Journal of Child and Family Studies (JCFS)" <sherine.joseph@springernature.com>
À : Chanelle Lefebvre <lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca>

Dear Mrs Lefebvre,

Thank you for submitting your manuscript, Validation of a Parenting Self-Efficacy Scale with Quebec Mothers of Children from 2 to 12 years old, to Journal of Child and Family Studies.

The submission id is: JCFS-D-19-01011

Please refer to this number in any future correspondence.

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the Journal's website.

Your username is: lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

If you forgot your password, you can click the 'Send Login Details' link on the EM Login page at https://www.editorialmanager.com/jcfs/.

Should you require any further assistance please feel free to e-mail the Editorial Office by clicking on "Contact Us" in the menu bar at the top of the screen.

With kind regards,
Springer Journals Editorial Office
Journal of Child and Family Studies

Now that your article will undergo the editorial and peer review process, it is the right time to think about publishing your article as open access. With open access your article will become freely available to anyone worldwide and you will easily comply with open access mandates. Springer's open access offering for this journal is called Open Choice (find more information on www.springer.com/openchoice). Once your article is accepted, you will be offered the option to publish through open access. So you might want to talk to your institution and funder now to see how payment could be organized; for an overview of available open access funding please go to www.springer.com/oafunding.
Although for now you don't have to do anything, we would like to let you know about your upcoming options.

Recipients of this email are registered users within the Editorial Manager database for this journal. We will keep your information on file to use in the process of submitting, evaluating and publishing a manuscript. For more information on how we use your personal details please see our privacy policy at https://www.springernature.com/production-privacy-policy. If you no longer wish to receive messages from this journal or you have questions regarding database management, please contact the Publication Office at the link below.

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: https://www.editorialmanager.com/jcfs/login.asp?a=r). Please contact the publication office if you have any questions.

APPENDICE J

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE
THE JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS

Gmail Chanelle Lefebvre <lefebvre.chanelle@gmail.com>

JADD-D-20-00248 - Submission Confirmation

Journal of Autism and Developmental Disorders (JADD) <em@editorialmanager.com> 10 mars 2020 à 12:37
Répondre à : "Journal of Autism and Developmental Disorders (JADD)" <santhoshini.sivakumar@springernature.com>
À : Chanelle Lefebvre <lefebvre.chanelle@gmail.com>

The submission id is: JADD-D-20-00248

Please refer to this number in any future correspondence.

Dear Mrs Lefebvre,

Thank you for submitting your manuscript,

"Impact of ASD-focused services and their targets on the parenting self-efficacy of Quebec mothers", to Journal of Autism and Developmental Disorders

During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the Journal's website.

Your username is: lefebvre.chanelle@courrier.uqam.ca

If you forgot your password, you can click the 'Send Login Details' link on the EM Login page at https://www.editorialmanager.com/jadd/.

With kind regards,
Lori Klein
Managing Editor
Journal of Autism and Developmental Disorders

Now that your article will undergo the editorial and peer review process, it is the right time to think about publishing your article as open access. With open access your article will become freely available to anyone worldwide and you will easily comply with open access mandates. Springer's open access offering for this journal is called Open Choice (find more information on www.springer.com/openchoice). Once your article is accepted, you will be offered the option to publish through open access. So you might want to talk to your institution and funder now to see how payment could be organized; for an overview of available open access funding please go to www.springer.com/oafunding.
Although for now you don't have to do anything, we would like to let you know about your upcoming options.

This letter contains confidential information, is for your own use, and should not be forwarded to third parties.

Recipients of this email are registered users within the Editorial Manager database for this journal. We will keep your information on file to use in the process of submitting, evaluating and publishing a manuscript. For more information on how we use your personal details please see our privacy policy at https://www.springernature.com/production-privacy-policy. If you no longer wish to receive messages from this journal or you have questions regarding database management, please contact the Publication Office at the link below.

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: https://www.editorialmanager.com/jadd/login.asp?a=r). Please contact the publication office if you have any questions.

RÉFÉRENCES

Abidin, R. R. (1986). *Parenting Stress Index: Manual*. Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.

Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index:(Short Form)*. Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press

Abouzeid, N., & Poirier, N. (2014). Perceptions de mères d'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme ayant reçu une intervention comportementale intensive : leurs ressources et leurs défis. *Revue de psychoéducation, 43*(2), 201-233. https://doi.org/10.7202/1061182ar

Abouzeid, N., Rivard, M., Mestari, Z., & Boulé, M. (2019). Effets d'une intervention médiée par les parents basée sur le modèle précoce de Denver pour les parents d'enfants ayant un diagnostic récent de trouble du spectre de l'autisme. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, 31*(162).

Allison, P. D. (1999). *Multiple regression: A primer*. Pine Forge Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arnold, D. S., O'leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment, 5*(2), 137-144. https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.137

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York : Macmillan.

Bandura, A. (2006). *Guide for constructing self-efficacy scales. In Adolescence and education: Self-efficacy and adolescence*, Edited by: Pajares, F. and Urdan, T. Vol. 5, 307–337. Greenwich, CT : Information Age

Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice, 52*(476), 223-233.

Beaudoin, A. J. (2018). *Les parents et leur enfant à risque de trouble du spectre de l'autisme bénéficient d'un programme d'accompagnement parental*. Thèse de doctorat. Université de Sherbrooke. Récupérée à : https://savoirs.usherbrooke. ca/bitstream/handle/11143/11780/Beaudoin_Audree_Jeanne_PhD_2018. pdf.

Beaulieu, M. C., & Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales: Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDAH. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *44*(1), 59. https://doi.org/10.1037/a0023844

Beaulieu, M.-C., Normandeau, S., & Robaey, P. (2014). Les cognitions sociales des parents d'enfants TDA/H comme prédicteur des pratiques parentales après une intervention. [The social cognition of parents of ADHD children as a predictor of parenting practices after an intervention.]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 46*(2), 147-161. https://doi.org/10.1037/a0030176

Beck, A. T., Rial, W. Y., & Rickels, K. (1974). Short form of depression inventory : cross-validation. *Psychological Reports, 34*(3), 1184-1186.

Beck, A. T., Ward, C., & Mendelson, M. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry, 4*(6), 561-571.

Belchic, J. K. (1995). *Stress, social support, and sense of parenting competence: A comparison of mothers and fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development across the family life cycle*. Thèse de doctorat non publiée. Rutgers The State University of New Jersey New Brunswick.

Blumenberg, C., Menezes, A. M. B., Gonçalves, H., Assunção, M. C. F., Wehrmeister, F. C., & Barros, A. J. (2019). How different online recruitment methods impact on recruitment rates for the web-based coortesnaweb project: a randomised trial. *BMC Medical Research Methodology*, *19*(1), 127. https://doi.org/10.1186/s12874-019-0767-z

Bojczyk, K. E., Haverback, H. R., & Pae, H. K. (2018). Investigating maternal self-efficacy and home learning environment of families enrolled in Head Start. *Early Childhood Education Journal*, *46*(2), 169-178. https://doi.org/10.1007/s10643-017-0853-y

Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1994). The picture exchange communication system. *Focus on Autistic Behavior, 9*(3), 1-19. https://doi.org/10.1177/108835769400900301

Boyd, D., Bee, H. L., Lord, C., Andrews, J., & Gosselin, F. (2017). *Les âges de la vie: psychologie du développement humain*. Pearson; Éditions du Renouveau Pédagogique.

Campis, L. K., Lyman, R. D., & Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: Development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology, 15*(3), 260-267. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1503_10

Cardinal, M-È. (2010). *Comment intervenir sur la compétence et le sentiment de compétence parentale de parents vivant des difficultés?* Rapport d'analyse de pratiques présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en service social. Université de Montréal.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283. https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267

Claudel-Valentin, S., Arnould, D., Clément-Christophe, S., Thomazo, C., & Dayan, C. (2020). Groupes fratries comme dispositifs d'accompagnement des frères et sœurs d'enfants porteurs de handicap et/ou maladie: une revue de la littérature. *Pratiques Psychologiques*. https://doi.org/10.1016/j.prps.2020.06.008

Clément, C., & Schaeffer, E. (2010). Évaluation de la validité sociale des interventions menées auprès des enfants et adolescents avec un TED. *Revue de psychoéducation, 39*(2), 207-218. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00752067

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review, 18*(1), 47-85. https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting Self-Efficacy Among Mothers of School-Age Children: Conceptualization, Measurement, and Correlates*. *Family Relations, 49*(1), 13-24. https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00013.x

Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2003). Maternal self‐efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Mental Health Journal : Official Publication of The World Association for Infant Mental Health, 24*(2), 126-148. https://doi.org/10.1002/imhj.10048

Conrad, B., Gross, D., Fogg, L., & Ruchala, P. (1992). Maternal confidence, knowledge, and quality of mother–toddler interactions: A preliminary study. *Infant Mental Health Journal, 13*(4), 353-362.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of new a resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113

Craig, L. (2006). Does father care mean fathers share? A comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gender & Society, 20*(2), 259-281. https://doi.org/10.1177/0891243205285212

Črnčec, R., Barnett, B., & Matthey, S. (2008). Development of an instrument to assess perceived self‐efficacy in the parents of infants. *Research in Nursing & Health, 31*(5), 442-453. https://doi.org/10.1002/nur.20271

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*(4), 349-354. https://doi.org/10.1037/h0047358

Cuny, F., & Antoine, S. (2010). Les aides à la communication pour les personnes avec autisme. Dans C. Tardif (dir.), *Autisme et pratiques d'intervention* (p. 227-267). Marseille, France : Solal.

D'Elia, L., Valeri, G., Sonnino, F., Fontana, I., Mammone, A., & Vicari, S. (2014). A longitudinal study of the TEACCH program in different settings: The potential benefits of low intensity intervention in preschool children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(3), 615-626. https://doi.org/10.1007/s10803-013-1911-y

Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(7), 1278. https://doi.org/10.1007/s10803-007-0512-z

Delavari, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafurvand, M. (2018). The relationship between maternal–fetal attachment and maternal self-efficacy in Iranian women: a prospective study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 36*(3), 302-311. https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1436753

Des Rivières-Pigeon, C., & Courcy, I. (2014). *Autisme et TSA: quelles réalités pour les parents au Québec?: Santé et bien-être des parents d'enfant ayant un trouble dans le spectre de l'autisme au Québec*. Québec : Presse de l'Université du Québec.

Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É., & Lesage, A. (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.

Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*, 216-222. https://doi.org/10.2307/585293

Dworkin, J., Hessel, H., Gliske, K., & Rudi, J. H. (2016). A comparison of three online recruitment strategies for engaging parents. *Family Relations*, *65*(4), 550-561. https://doi.org/10.1111/fare.12206

Eikeseth, S., Klintwall, L., Hayward, D., & Gale, C. (2015). Stress in parents of children with autism participating in early and intensive behavioral intervention. *European Journal of Behavior Analysis*, *16*(1), 112-120. https://doi.org/10.1080/15021149.2015.1066566

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device*. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*(2), 171-180. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x

Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, *4*(4), 19-31. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x

Fédération québécoise de l'autisme. (2011). *Les ergothérapeutes : À quoi vous attendre ?*. Récupéré de : https://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/Sant%C3%A9/Autismontario-ergo.pdf

Feldman, R. (2003). Infant–mother and infant–father synchrony: The coregulation of positive arousal. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *24*(1), 1-23. https://doi.org/10.1002/imhj.10041

Fidler, D. J., Hodapp, R. M., & Dykens, E. M. (2000). Stress in families of young children with Down syndrome, Williams syndrome, and Smith-Magenis syndrome. *Early Education and Development*, *11*(4), 395-406. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1104_2

Field, A., Miles, J., & Field, Z. (2012). *Discovering statistics using R*. Sage publications.

Fields, M. A. (2006). *Parenting children on the autistic spectrum: A survey of parents' perceived self-efficacy*. Thèse de doctorat, The Wright Institute.

Frantz, R., Hansen, S. G., & Machalicek, W. (2018). Interventions to promote well-being in parents of children with autism: a systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 5*(1), 58-77. https://doi.org/10.1007/s40489-017-0123-3

Gau, S. S. F., Chou, M. C., Chiang, H. L., Lee, J. C., Wong, C. C., Chou, W. J., & Wu, Y. Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *6*(1), 263-270. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.05.007

Gascon, H., Pépin, G., & Aubé, J. (2005). Évaluation du programme « Entraide phratrie » offert dans un contexte de camp de vacances estival. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle, Nspécial (Mai)*, 40-45.

Giallo, R., Treyvaud, K., Cooklin, A., & Wade, C. (2013). Mothers' and fathers' involvement in home activities with their children: Psychosocial factors and the role of parental self-efficacy. *Early Child Development and Care, 183*(3-4), 343-359. https://doi.org/10.1080/03004430.2012.711587

Gibaud-Wallston, J. (1977). *Self-esteem and situational stress : factors related to sense of competence in new parents*. New York, NY : George Peabody College for Teachers, University of Rhode Island. Thèse de doctorat non publiée, Département de psychologie clinique.

Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2009). Factor structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample. *Child: Care, Health and Development, 35*(1), 48-55. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00867.x

Gjersing, L., Caplehorn, J. R., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, *10*(1), 13. https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-13

Goodman, S. J., & Glenwick, D. S. (2012). Correlates of attachment perceptions in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(10), 2056-2066. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1453-8

Greene, J., Speizer, H., & Wiitala, W. (2008). Telephone and web: mixed‐mode challenge. *Health Services Research, 43*(1p1), 230-248. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00747.x

Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during

toddlerhood. *Research in Nursing & Health, 17*(3), 207-215. https://doi.org/10.1002/nur.4770170308

Gross, D., & Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: its measurement for clinical practice and research. *The Nurse Practitioner, 13*(3), 19-31.

Gross, D., & Tucker, S. (1994). Parenting confidence during toddlerhood. A comparison of mothers and fathers. *The Nurse Practitioner, 19*(10), 25-29. https://doi.org/10.1097/00006205-199410000-00004

Haack, L. M., Gerdes, A. C., Schneider, B. W., & Hurtado, G. D. (2010). Advancing our knowledge of ADHD in Latino children: Psychometric and cultural properties of Spanish-versions of parental/family functioning measures. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(1), 33-43. https://doi.org/10.1007/s10802-010-9441-y

Hamilton, V. E., Matthews, J. M., & Crawford, S. B. (2014). Development and preliminary validation of a parenting self-regulation scale:"me as a parent". *Journal of Child and Family Studies, 24*(10), 2853-2864. https://doi.org/10.1007/s10826-014-0089-z

Hahn, A. (2018). *Maternal Self-Efficacy for Autism Spectrum Disorder Children Compared to Non-Autism Spectrum Disorder Children*. Thèse de doctorat, Adler School of Professional Psychology.

Hardy, M.-C., Bourassa, J., Rousseau, M. (2017). *Au-delà du TSA : des compétences parentales à ma portée (Collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA)*. Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centredu-Québec, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.

Harty, M., Alant, E., & Uys, C. J. E. (2007). Maternal self‐efficacy and maternal perception of child language competence in pre‐school children with a communication disability. *Child: Care, Health and Development, 33*(2), 144-154. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00661.x

Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(6), 405-418. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00673.x

Hastings, R. P., & Johnson, E. (2001). Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *Journal*

of Autism and Developmental Disorders, 31(3), 327-336. https://doi.org/10.1023/A:1010799320795

Hauth-Charlier, S. (2009). Approche familiale dans le TDA/H : fondements et présentation d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales adapté pour la population française. G. Chasseigne (éd.), *Cognition, Santé et Vie Quotidienne, 3*, 115-140.

Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(3), 629-642. https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y

Heath, C. L., Curtis, D. F., Fan, W., & McPherson, R. (2015). The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. *Child Psychiatry & Human Development, 46*(1), 118-129. https://doi.org/10.1007/s10578-014-0458-2

Hébert, M., Parent, N., Simard, C., & Laverdière, A. (2018). Validation of the French-Canadian version of the brief Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10). *Canadian Journal of Behavioural Science, 50*(1), 9-16. https://doi.org/10.1037/cbs0000092

Heerman, W. J., Taylor, J. L., Wallston, K. A., & Barkin, S. L. (2017). Parenting self-efficacy, parent depression, and healthy childhood behaviors in a low-income minority population: A cross-sectional analysis. *Maternal and Child Health Journal, 21*(5), 1156-1165. https://doi.org/10.1007/s10995-016-2214-7

Herbert, M. (2007). *Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche? Le biais du répondant : conceptualisation, mesure et étude d'impact*. Communication présenté Actes du XXIIIème congrès international de l'Association Française du Marketing, Aix les Bains (France).

Hess, C. R., Teti, D. M., & Hussey-Gardner, B. (2004). Self-efficacy and parenting of high-risk infants: The moderating role of parent knowledge of infant development. *Journal of Applied Developmental Psychology, 25*(4), 423-437. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.06.002

Higgins, D. J., Bailey, S. R., & Pearce, J. C. (2005). Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder. *Autism, 9*(2), 125-137. https://doi.org/10.1177/1362361305051403

Hill, C., & Rose, J. (2009). Parenting stress in mothers of adults with an intellectual disability: Parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*(12), 969-980. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01207.x

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2014). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).* Rapport rédigé par Céline Mercier. Récupéré de : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_InterventionsReadap_TraitementPharmaco_EnfantsAut.pdf

Jackson, A. P. (2000). Maternal self-efficacy and children's influence on stress and parenting among single black mothers in poverty. *Journal of Family Issues, 21*(1), 3-16. https://doi.org/10.1177/019251300021001001

John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory—Versions 4a and 54*. Berkeley : University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.

Johnson, N. L., & Simpson, P. M. (2013). Lack of father involvement in research on children with autism spectrum disorder: maternal parenting stress and family functioning. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(4), 220-228. https://doi.org/10.3109/01612840.2012.745177

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

Jones, L. M. (1999). *Maltreating caregivers: An application of the transtheoretical model of change*. Thèse de doctorat non publié, University of Rhode Island.

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

Junttila, N., & Vauras, M. (2014). Latent profiles of parental self‐efficacy and children's multisource‐evaluated social competence. *British Journal of Educational Psychology, 84*(3), 397-414. https://doi.org/10.1111/bjep.12040

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

Karst, J. S., & Van Hecke, A. V. (2012). Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*(3), 247-277. https://doi.org/10.1007/s10567-012-0119-6

Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S., & Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders, 4*(2), 229-241. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.09.009

Knauth, D. G. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health*, *23*(6), 496-509. https://doi.org/10.1002/1098-240X(200012)23:6<496::AID-NUR8>3.0.CO;2-1

Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behaviour and adult attachment. *Early Human Development*, *89*(4), 249-256. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.01.008

Kuhn, J. C., & Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(4), 564-575. https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.564

Lai, F. J. (2013). *The relationships between parenting stress, child characteristics, parenting self-efficacy, and social support in parents of children with autism in Taiwan*. Thèse de doctorat, Columbia University.

Lai, W. W., Goh, T. J., Oei, T. P., & Sung, M. (2015). Coping and well-being in parents of children with autism spectrum disorders (ASD). *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(8), 2582-2593. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2430-9

Leerkes, E. M., & Crockenberg, S. C. (2002). The development of maternal self-efficacy and its impact on maternal behavior. *Infancy*, *3*(2), 227-247.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(1), 3.

Mah, J. W., & Johnston, C. (2008). Parental social cognitions: Considerations in the acceptability of and engagement in behavioral parent training. *Clinical Child and Family Psychology Review, 11*(4), 218-236. https://doi.org/10.1007/s10567-008-0038-8

Mash, E. J., & Johnston, C. (1983). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(1), 86-99. https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.1.86

Mash, E. J., Johnston, C., & Kovitz, K. (1983). A comparison of the mother–child interactions of physically abused and non-abused children during play and task situations. *Journal of Clinical Child Psychology*, *12*(3), 337-346. https://doi.org/10.1080/15374418309533154

Markey, U., Markey, D. J., Quant, B., Santelli, B., & Turnbull, A. (2002). Operation positive change: PBS in an urban context. *Journal of Positive Behavior Interventions*, *4*(4), 218-230. https://doi.org/10.1177/10983007020040040501

Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2010). Parenting in families with a child with autism spectrum disorder and a typically developing child: Mothers' experiences and cognitions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *4*(4), 661-669. https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.01.002

Mercier, C., Dagenais, P., Guay, H., & Montembeault, M. (2014). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. INESSS.

Meunier, J.-C., & Roskam, I. (2009). Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a self-report measure. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(5), 495-511. https://doi.org/10.1007/s10826-008-9252-8

Meunier, J. C., Roskam, I., Stievenart, M., Van de Moortele, G., Browne, D. T., & Kumar, A. (2011). Externalizing behavior trajectories: The role of parenting, sibling relationships and child personality. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *32*(1), 20-33. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2010.09.006

Meunier, J. C., Roskam, I., Stievenart, M., Van de Moortele, G. V., Browne, D. T., & Wade, M. (2012). Parental differential treatment, child's externalizing behavior and sibling relationships : Bridging links with child's perception of favoritism and personality, and parents' self-efficacy. *Journal of Social and Personal Relationships*, *29*(5), 612-638. https://doi.org/10.1177/0265407512443419

Mehta, C. M., & Strough, J. (2009). Sex segregation in friendships and normative contexts across the life span. *Developmental Review*, *29*(3), 201-220. https://doi.org/10.1016/j.dr.2009.06.001

Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Un geste porteur d'avenir : Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à*

leurs familles et à leurs proches (Québec, Qc : Ministère de la santé et services sociaux).

Ministère de la santé et des services sociaux (2012). *Un geste porteur d'avenir : Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches : bilan 2008-2011 et perspectives* (Québec, Qc : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications).

Mitchell, S. J., See, H. M., Tarkow, A. K., Cabrera, N., McFadden, K. E., & Shannon, J. D. (2007). Conducting studies with fathers: Challenges and opportunities. *Applied Development Science, 11*(4), 239-244. https://doi.org/10.1080/10888690701762159

Mouton, B., Loop, L., Stievenart, M. & Roskam, I. (2017). Chapitre 5. Intervention sur le sentiment de compétence parentale. Dans : Isabelle Roskam éd., *La prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant: Manuel à l'usage des praticiens* (pp. 135-160). Wavre, Belgique: Mardaga.

Mouton, B., & Roskam, I. (2015). Confident mothers, easier children: A quasi-experimental manipulation of mothers' self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies, 24*(8), 2485-2495. https://doi.org/10.1007/s10826-014-0051-0

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping : Validation du Brief COPE sur une population française. *L'Encéphale : Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique, 29*(6), 507–518.

Murphy, N., Caplin, D. A., Christian, B. J., Luther, B. L., Holobkov, R., & Young, P. C. (2011). The function of parents and their children with cerebral palsy. *PM&R, 3*(2), 98-104. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2010.11.006

Nadeau, M. (2008). *Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement*. Mémoire : Université de Sherbrooke.

Noiseux, M. (2011). *Portrait épidémiologique des troubles envahissants du développement chez les enfants de la Montérégie.* Présentation UQAM, 3 novembre 2011, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil.

Nolte, M. T., Shauver, M. J., & Chung, K. C. (2015). Analysis of four recruitment methods for obtaining normative data through a Web-based questionnaire: a pilot study. *Hand, 10*(3), 529-534.

Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness

and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *11*(3), 114-144. https://doi.org/10.1007/s10567-008-0033-0

O'Neil, J., Wilson, M. N., Shaw, D. S., & Dishion, T. J. (2009). The relationship between parental efficacy and depressive symptoms in a diverse sample of low income mothers. *Journal of Child and Family Studies, 18*(6), 643. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9265-y

Ohan, J. L., Leung, D. W., & Johnston, C. (2000). The Parenting Sense of Competence scale: Evidence of a stable factor structure and validity. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 32*(4), 251. https://doi.org/10.1037/h0087122

Oro, V., Doane, L., & Lemery-Chalfant, K. (2017). Relations among parental self‐efficacy, emotional availability, and children's negative emotionality: A genetically‐informed, longitudinal twin study. *Behavior Genetics*, 47(6), 715–715.

Piazza, S.D., & Fadanni, D. (2002). L'autisme, méthode TEACCH et méthode Lovaas: Essai de synthèse. *RMLG. Revue Médicale de Liège*, *57*(7), 463-466.

Plaisant, O., Courtois, R., Réveillère, C., Mendelsohn, G. A., & John, O. P. (2010). Validation par analyse factorielle du Big Five Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-psychologiques, 168*(2), 97-106. https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.003

Plaisant, O., Srivastava, S., Mendelsohn, G. A., Debray, Q., & John, O. P. (2005). Relations entre le Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon clinique français. *Annales Médico-psychologiques, 163*(2), 161-167. https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.02.002

Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., ... & Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 4*(4), 189-197. https://doi.org/10.1007/s12402-012-0089-z

Poirier, N., & Des Rivières-Pigeon, C. (2013). *Le trouble du spectre de l'autisme: état des connaissances*. Les Presses de l'Université du Québec : Québec.

Poirier, N., & Vallée-Ouimet, J. (2015). Le parcours des parents et des enfants présentant un TSA. *Santé mentale au Québec*, *40*(1), 203-226. https://doi.org/10.7202/1032391ar

Rao, P. A., & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, *33*(4), 437-451. https://doi.org/10.1177/0145445509336427

Rezendes, D. L., & Scarpa, A. (2011). Associations between parental anxiety/depression and child behavior problems related to autism spectrum disorders: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Autism Research and Treatment*. https://doi.org/10.1155/2011/395190

Rodrigue, J. R., Morgan, S. B., & Geffken, G. (1990). Families of autistic children: Psychological functioning of mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*(4), 371-379. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_9

Roskam, I., Brassart, E., Loop, L., Mouton, B., & Schelstraete, M. A. (2015). Stimulating parents' self-efficacy beliefs or verbal responsiveness: Which is the best way to decrease children's externalizing behaviors*?*. *Behaviour Research and Therapy*, *72*, 38-48. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.012

Roskam, I., Brassart, E., Loop, L., Mouton, B., & Schelstraete, M. A. (2016). Do parenting variables have specific or widespread impact on parenting covariates? The effects of manipulating self-efficacy or verbal responsiveness. *Child & Family Behavior Therapy*, *38*(2), 142-163. https://doi.org/10.1080/07317107.2016.1172885

Roskam, I., Meunier, J. C., & Stievenart, M. (2016). Do mothers and fathers moderate the influence of each other's self-efficacy beliefs and parenting behaviors on children's externalizing behavior?. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(6), 2034-2045. https://doi.org/10.1007/s10826-016-0365-1

Rousseau, M., Paquet, A. et Clément, C. (2016). *Évaluation de l'implantation et des effets d'une adaptation québécoise d'un programme de formation destiné aux parents d'enfants ayant un TSA recevant une intervention comportementale précoce*. Rapport de recherche, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.

Rotter, J. B. (1954). *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewoog Cliffs N.J.: Prentice-Hall.

Ryan, S. (2010). 'Meltdowns', surveillance and managing emotions; going out with children with autism. *Health & Place*, *16*(5), 868-875. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.04.012

Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt‐Kurki, P., Järvenpää, A. L., Isoaho, H., & Tarkka, M. T. (2009). Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of*

Advanced Nursing, 65(11), 2324-2336. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05113.x

Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development, 31*(1), 65-73. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x

Sandler, I., Reese, F., Spencer, L., & Harpin, P. (1983). Person x environment interaction and locus of control: laboratory, therapy, and classroom studies. In H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control. Developments and social problems* (pp. 107-153). New York : Academic Press.

Schworer, E. (2013). *Effect of behavioral intervention training on parents' stress, parenting behaviors and self-efficacy*. Thèse d'honneur : University of Richmond.

Secer, Z., Gulay Ogelman, H., Onder, A., & Berengi, S. (2012). Analysing Mothers' Self-Efficacy Perception towards Parenting in Relation to Peer Relationships of 5-6 Year-Old Preschool Children. *Educational Sciences : Theory and Practice, 12*(3), 2001-2008.

Sevigny, P. R., & Loutzenhiser, L. (2010). Predictors of parenting self‐efficacy in mothers and fathers of toddlers. *Child: Care, Health and Development, 36*(2), 179-189. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x

Smart, L. K. (2016). *Parenting Self-Efficacy in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders*. Brigham Young University. Thèse de doctorat (Récupérée de : https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6841&context=etd)

Speranza, M., Guénolé, F., Revah-Levy, A., Egler, P. J., Negadi, F., Falissard, B., & Baleyte, J. M. (2012). The French version of the family assessment device. *The Canadian Journal of Psychiatry, 57*(9), 570-577. https://doi.org/10.1177/070674371205700908

Stipanicic, A., Couture, G., Rivest, C., Rousseau, M. (2017). *Évaluation de la fidélité d'implantation et des effets du programme « Au-delà du TED : des compétences parentales à ma portée » (Collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA)*. Trois-Rivières : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.

Stoneman, Z. (2007). Examining the Down syndrome advantage: Mothers and fathers of young children with disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(12), 1006-1017. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.01012.x

Strudler Wallston, B., & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, *6*(1), 107-117. https://doi.org/10.1177/109019817800600102

Taylor, J. L., & Warren, Z. E. (2012). Maternal depressive symptoms following autism spectrum diagnosis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *42*(7), 1411-1418. https://doi.org/10.1007/s10803-011-1375-x

Teague, S. J., Newman, L. K., Tonge, B. J., & Gray, K. M. (2018). Caregiver mental health, parenting practices, and perceptions of child attachment in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(8), 2642-2652. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3517-x

Tellegen, C. L., & Sanders, M. R. (2013). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(5), 1556-1571. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.022

Terrisse, B., & Trudelle, D. (1988). *Questionnaire d'autoévaluation de la compétence éducative parentale* (QAECEP). Adaptation et traduction du Parenting sense of competence (1977).

Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, *62*(5), 918-929. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01580.x

Teti, D. M., O'Connell, M. A., & Reiner, C. D. (1996). Parenting Sensitivity, Parental Depression and Child Health: The Mediational Role of Parental Self‐Efficacy. *Early Development and Parenting*, *5*(4), 237-250.

Troutman, B., Moran, T. E., Arndt, S., Johnson, R. F., & Chmielewski, M. (2012). Development of parenting self‐efficacy in mothers of infants with high negative emotionality. *Infant Mental Health Journal*, *33*(1), 45-54. https://doi.org/10.1002/imhj.20332

Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, *25*(2), 305-316. https://doi.org/10.1080/00207599008247865

Van Rijen, E. H. M., Gasanova, N., Boonstra, A. M., & Huijding, J. (2014). Psychometric qualities of the short form of the self-efficacy for parenting tasks index-toddler scale. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*(4), 443-455. https://doi.org/10.1007/s10578-013-0414-6

Vance, A. J., Pan, W., Malcolm, W. H., & Brandon, D. H. (2020). Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. *Early Human Development, 141,* 104946. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104946

Ventola, P., Lei, J., Paisley, C., Lebowitz, E., & Silverman, W. (2017). Parenting a child with ASD: Comparison of parenting style between ASD, anxiety, and typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(9), 2873-2884. https://doi.org/10.1007/s10803-017-3210-5

Verhage, M. L., Oosterman, M., & Schuengel, C. (2013). Parenting self-efficacy predicts perceptions of infant negative temperament characteristics, not vice versa. *Journal of Family Psychology, 27*(5), 844-849. https://doi.org/10.1037/a0034263

Vézina, N. (2005). *Élaboration et validation de la Grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans (GED).* Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Montréal, Montréal.

Warren, J. S., Brown, C. R., Layne, C. M., & Nelson, P. L. (2011). Parenting self-efficacy as a predictor of child psychotherapy outcomes in usual care: A multi-dimensional approach. *Psychotherapy Research, 21*(1), 112-123. https://doi.org/10.1080/10503307.2010.531405

Wittkowski, A., Garrett, C., Calam, R., & Weisberg, D. (2017). Self-report measures of parental self-efficacy: A systematic review of the current literature. *Journal of Child and Family Studies, 26*(11), 2960-2978. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0830-5

Wolf, M. M. (1978). Social Validity: The Case for Subjective Measurement or How Applied Behavior Analysis Is Finding Its Heart. *Journal of Applied Behavior Analysis, 11*(2), 203-214. https://doi.org/10.1901/jaba.1978.11-203

Wood, W., & Eagly, A. H. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin, 128*(5), 699. https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.699