

ISP-4

Indice de Stress Parental

Richard R. Abidin, EdD

Version française : Institut de Recherches Psychologiques



Institut de Recherches
Psychologiques

INDICE DE STRESS PARENTAL - 4

Richard R. Abidin, Ed D

Le tableau représenté sur la page couverture : La Famille; Patricia Bergeron, 2012

Copyright 1990, 1995, 2012 PAR, Psychological Assessment Resources

Copyright 2013 – Institut de Recherches Psychologiques

Tous droits réservés. Il est illégal de reproduire ce document sous quelque forme que ce soit SOUS PEINE D'AMENDE en vertu de Loi sur le droit d'auteur (L.R.C. (1985), ch. C-42)

Table des matières

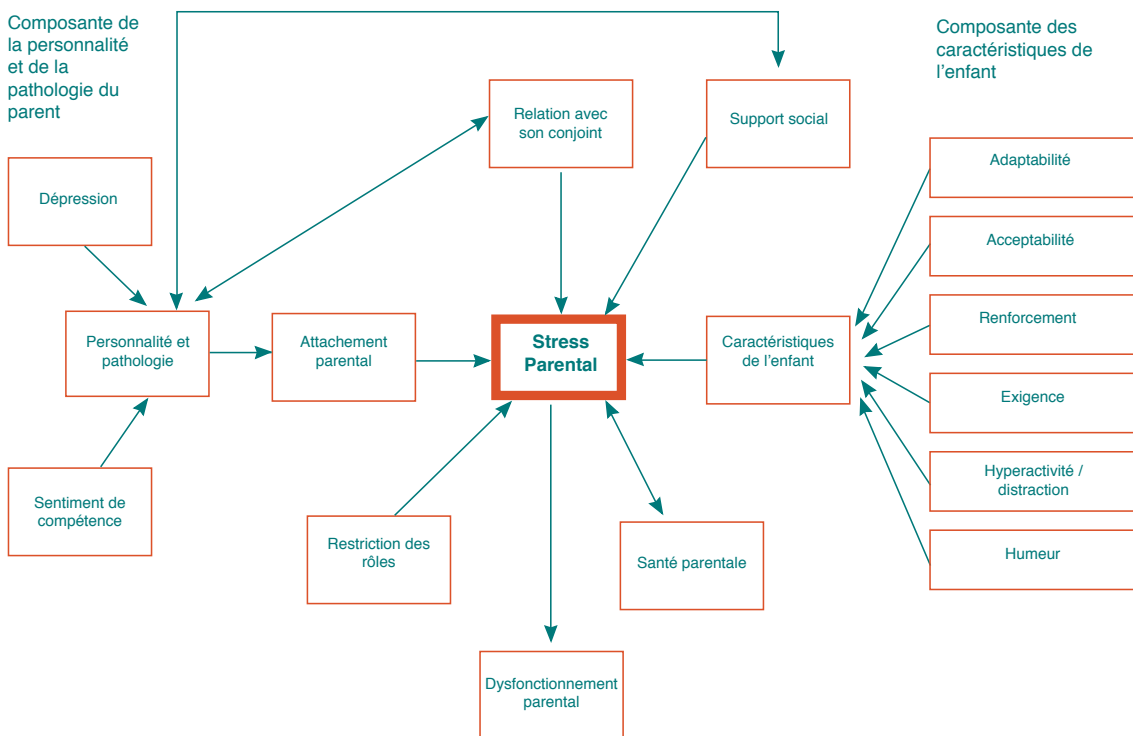
CHAPITRE I – FONDEMENTS THÉORIQUES	3
LE MODÈLE DU STRESS PARENTAL	3
HYPOTHÈSES SOUS-JACENTES AU MODÈLE	4
CHAPITRE II	13
CARACTÉRISTIQUES PSYCHOMÉTRIQUES	13
RÉVISIONS MENANT À LA VERSION 4 DE L'ISP	13
VALIDITÉ DE CONTENU	15
FIDÉLITÉ	16
FIDÉLITÉ TEST-RETEST	17
CHAPITRE III - INFORMATIONS SUR LES NORMES	22
CHAPITRE IV	25
ADMINISTRATION ET CORRECTION	25
ADMINISTRATION	25
CALCULS DES RÉSULTATS	26
ANNEXE ET FEUILLE DE PROFIL	26
DONNÉES MANQUANTES	27
CHAPITRE V	28
INTERPRÉTATION CLINIQUE DE L'ISP	28
RÉSULTAT EXTRÊMEMENT BAS (RÉSULTAT BRUT DE MOINS DE 175)	29
FAUX NÉGATIF TYPE II (PARENT DISSIMULATEUR) :	29
FAUX NÉGATIF TYPE III (PARENT DÉSENGAGÉ) :	29
ADAPTABILITÉ DE L'ENFANT/ MALLÉABILITÉ	31
ACCEPTATION DE L'ENFANT PAR LE PARENT	31
EXIGENCE DE L'ENFANT	31
HUMEUR DE L'ENFANT	32
DISTRACTIVITÉ DE L'ENFANT/HYPERACTIVITÉ	32
L'ENFANT RENFORCE LE PARENT	32
INTERPRÉTATION DE RÉSULTATS ÉLEVÉS AUX RUBRIQUES DU DOMAINE DU PARENT	33
DÉPRESSION/CULPABILITÉ DU PARENT	33
ATTACHEMENT	34
RESTRICTION IMPOSÉE PAR LE RÔLE PARENTAL	34
SENTIMENT DE COMPÉTENCE PARENTALE	34
ISOLEMENT SOCIAL	35
RELATION CONJUGALE	35
SANTÉ DU PARENT	36
RÉFÉRENCES	37

CHAPITRE I – Fondements théoriques

Le modèle du stress parental

En 1976, l'indice de stress parental a vu le jour, guidé par le modèle théorique des déterminants du dysfonctionnement (voir figure ci-dessous). Ce modèle assume que la totalité du stress vécu par le parent est une résultante de plusieurs caractéristiques pondérantes chez l'enfant et le parent ainsi que des variables contextuelles en lien avec le rôle du parent.

Modèle du stress parental (Abidin, 1990)



Hypothèses sous-jacentes au modèle

Le développement de l'ISP a été guidé par 4 hypothèses. L'outil est construit selon les données et les connaissances empiriques actuelles. Deuxièmement l'outil va intégrer les connaissances actuelles avec les aspects cliniques et l'identification des diagnostics de la relation parent-enfant considéré comme des systèmes sous stress. La troisième hypothèse du modèle est que les stressseurs ou sources de stress sont cumulatifs. Les travaux de Selye (1952, 1974) et Rahe (1974) abondent dans ce sens. La quatrième hypothèse c'est que les stressseurs sont multidimensionnels en regard au type et à la source du stress.

Ces hypothèses ont conduit à déterminer trois domaines majeurs de source de stress : le stress de l'enfant, du parent et situationnel (lié aux données démographiques) ce dernier type de stress se rencontre lors de la mort d'un proche, d'une séparation ou d'une perte d'emploi.

L'étude de la littérature mène à la conclusion que les éléments de stress (stressseurs) pour les parents peuvent provenir des différentes caractéristiques de l'enfant. Il est pertinent de regrouper les caractéristiques en 4 rubriques reliées au tempérament et deux autres rubriques portant sur les attentes du parent et son sentiment de récompense d'être récompensé par son enfant. Les quatre rubriques liées au tempérament sont l'adaptabilité, l'exigence, l'humeur et l'hyperactivité. Si l'on examine les préoccupations du parent à l'égard des comportements dérangeants de leur enfant, par exemple lors d'une consultation, on retrouve toujours au moins l'une de ces quatre rubriques.

Lorsque l'on parle de la caractéristique de l'adaptabilité, on fait référence à la facilité de l'enfant à s'adapter aux différents changements et transitions. Ce qui ressort dans les descriptions des parents c'est l'entêtement de l'enfant, sa difficulté à obtempérer et sa désobéissance passive. On associe souvent ces comportements à des comportements d'évitement.

La caractéristique de l'exigence réfère à la charge directe de l'enfant sur le parent, on pourrait décrire ces comportements comme étant simplement des tentatives de rapprochement qui manque d'adresse ou qui sont déplacés. Lorsque le parent essaie de s'ajuster à de tels stress, il est souvent confronté à de la défiance, à des gestes agressifs, à de l'intrusion et à des demandes d'attention et de soins de la part de l'enfant.

Les caractéristiques de l'enfant en lien avec son humeur engendrent un stress chez le parent qui provient souvent des pleurs excessifs, du retrait et de la dépression de l'enfant. La réaction des parents face à ces comportements est l'anxiété ou même la colère.

Le stress qui provient de l'hyperactivité de l'enfant entraîne une demande constante d'énergie pour le parent puisque l'enfant requiert une supervision permanente ainsi qu'un niveau de vigilance très élevé de la part du parent.

Les variables que l'on associe au tempérament de l'enfant sont dites individuelles, en comparaison avec les variables de l'acceptabilité et du renforcement que l'on décrit comme étant des variables de type interactif en raison du fait qu'elles ont un impact sur la personnalité du parent et sur la perception qu'il se fait de lui-même.

La caractéristique de l'acceptabilité met en relief le niveau de conformité de l'enfant à l'image idéalisée ou souhaitée par le parent. Cette rubrique aborde les attributs socialement valorisés et souhaitables, que pourrait posséder l'enfant.

Le niveau de réponse affective positive provoqué chez le parent dans les interactions parent - enfant illustre le renforcement de l'enfant à l'endroit du parent. Cette réponse fait partie du processus qui unit le parent et l'enfant et qui se forme à partir des signaux qu'envoie l'enfant et la capacité du parent à comprendre ces signaux. Cette caractéristique de l'enfant est primordiale pour la motivation du parent à perpétuer les soins et la supervision.

Le modèle du stress parental propose une mesure de la personnalité de la pathologie du parent selon trois dimensions. Les variables de la dépression et du sentiment de compétence dans le rôle parental sont inter-reliés. Ces variables sont directement reliées avec le degré de stress parental et elles ont un impact sur l'attachement du parent.

La variable dépression permet l'évaluation de la disponibilité émotionnelle du parent envers l'enfant. Cette variable permet aussi de déterminer jusqu'où l'énergie émotionnelle et l'énergie physique du parent est compromise. Cette variable permet de faire ressortir l'effet punitif de la culpabilité sur le parent.

La rubrique d'attachement parental fournit une évaluation du niveau d'investissement intrinsèque du parent dans son rôle parental. Cette rubrique veut évaluer, du moins en partie, le degré de motivation du parent pour remplir son rôle. Ce construit trouve ses racines dans l'idée de Bowlby (1969) et fut un précurseur des concepts récents portant sur le modèle de représentation interne (international working model) des parents sur leur rôle parental (Crittenden, 1989; George & Solomon, 1989).

Les quatre variables situationnelles qui sont considérées comme prépondérantes dans l'étude du stress parental sont : 1) la relation du parent avec son conjoint; 2) le soutien social disponible au parent; 3) la santé du parent; 4) la restriction causée par la fonction parentale.

La variable de la relation conjugale, quant à elle permet d'évaluer les soutiens affectifs ainsi que matériels qui sont apportés dans le but de faciliter la fonction parentale. Cette variable permet également de mesurer le niveau de conflit entre les conjoints portant sur leur rôle de parent.

La variable de l'isolement social se penche sur l'isolement du parent et la possibilité qu'il a d'obtenir du soutien social dans le cadre de sa fonction parentale.

La variable de la santé du parent mesure l'impact de la condition actuelle du parent sur sa capacité à accomplir les exigences parentales.

La variable de la restriction du rôle parental, réfère à l'impact du rôle parental sur sa liberté personnelle. Cette variable se concentre en majeure partie sur les impacts négatifs, les pertes et le ressentiment en lien avec la perception qu'a le parent de renoncer à d'autres rôles importants dans sa vie.

Tableau 1
Domaines et descriptions des sous échelles

Domaines / Sous échelles	Description
Domaine de l'enfant	Évalue les caractéristiques de l'enfant qui peuvent contribuer au stress
- Adaptabilité	Évalue la capacité de l'enfant à s'adapter aux changements dans l'environnement social ou physique
- Acceptabilité	Évalue la mesure dans laquelle les caractéristiques de l'enfant répondent aux attentes des parents
- Exigence	Évalue l'expérience du parent à poser des demandes à son enfant.
- Humeur	Évalue l'état affectif de l'enfant
- Hyperactivité	Évalue les caractéristiques comportementales de l'enfant qui reflètent les symptômes de déficit de l'attention / d'hyperactivité
- Renforcement	Évalue l'expérience du parent avec l'enfant à renforcer positivement ses interactions
Domaine du Parent	Évalue les caractéristiques des parents qui peuvent contribuer au stress
- Dépression	Évalue l'état affectif du parent
- Attachement	Évalue la capacité d'intimité du parent avec l'enfant et sa capacité à observer et à répondre efficacement aux besoins de l'enfant.
- Restrictions	Évalue la capacité du parent de limiter sa liberté et de restreindre son identité personnelle en raison de son rôle parental
- Sentiment de compétence	Évalue la mesure dans laquelle le parent se sent confortable et est réellement capable d'accomplir son rôle parental.
- Isolement social	Évalue le degré de soutien social que possède le parent
- Relation conjugale	Évalue la perception qu'a le parent du soutien émotionnel et physique, du partenaire parental
- Santé du parent	Évalue la mesure dans laquelle la santé du parent contribue au stress.
Stress total	Évalue l'expérience parentale du stress total, le risque de dysfonctionnement parental et les problèmes de comportements des enfants.

Tableau 2
Répartition des items par domaines et sous échelles

Domaine de l'enfant (47 propositions)

- Adaptabilité	11 propositions
- Acceptabilité	7 propositions
- Exigence	9 propositions
- Humeur	5 propositions
- Hyperactivité	9 propositions
- Renforcement	6 propositions

Domaine du parent (54 propositions)

- Dépression	9 propositions
- Attachement	7 propositions
- Restrictions	7 propositions
- Sentiment de compétence	13 propositions
- Isolement social	6 propositions
- Relation conjugale	7 propositions
- Santé du parent	5 propositions

Total 101 propositions

Le tableau suivant présente chacun des items du test regroupé selon l'échelle mesurée;

Tableau 3
Domaines et propositions

Domaine de l'enfant	
Adaptabilité	<p>31. Mon enfant est toujours accroché après moi.</p> <p>32. Mon enfant réagit très fortement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas.</p> <p>33. Faire garder mon enfant est habituellement un problème.</p> <p>34. Lorsqu'il joue, mon enfant ne rit pas ou n'éclate pas de rire.</p> <p>35. Mon enfant remarque facilement et réagit avec excès aux sons forts et aux lumières éclatantes.</p> <p>36. L'horaire du sommeil ou des repas, pour mon enfant, a été plus difficile à établir que je m'y attendais.</p> <p>37. Habituellement, mon enfant évite de jouer avec un nouveau jouet durant un certain temps avant de commencer à jouer avec.</p> <p>38. Mon enfant s'habitue à de nouvelles choses difficilement et seulement après une longue période.</p> <p>39. Mon enfant ne semble pas être à l'aise lorsqu'il rencontre des étrangers.</p> <p>40. Lorsque mon enfant est contrarié, il est : (Pour la proposition 40, veuillez choisir parmi les énoncés ci-dessous.)</p> <ol style="list-style-type: none">1. facile à calmer.2. plus difficile à calmer que je m'y attendais.3. très difficile à calmer.4. impossible à calmer. <p>41. J'en suis arrivé à croire que d'amener mon enfant à faire quelque chose ou à cesser de faire quelque chose est : (Pour la proposition 41, veuillez choisir parmi les énoncés ci-dessous.)</p> <ol style="list-style-type: none">1. beaucoup plus difficile que je m'y attendais.2. un peu plus difficile que je m'y attendais.3. aussi difficile que je m'y attendais.4. un peu plus facile que je m'y attendais.5. beaucoup plus facile que je m'y attendais.
Acceptabilité	<p>21. L'apparence de mon enfant n'est pas tout à fait comme je m'y attendais et cela me dérange quelquefois.</p> <p>22. Dans certains domaines, mon enfant semble avoir oublié certaines choses déjà apprises et a régressé en faisant des choses caractéristiques d'un enfant plus jeune.</p> <p>23. Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants.</p> <p>24. Mon enfant est tellement actif que cela m'épuise.</p> <p>25. Comparativement à la moyenne des enfants, mon enfant a beaucoup de difficultés à s'habituer aux changements d'horaires ou aux autres changements qui concernent notre maison.</p> <p>26. Mon enfant n'est pas capable de faire autant de choses que je m'y attendais.</p> <p>27. Cela me dérange que mon enfant n'aime pas être beaucoup caressé ou touché.</p>
Exigence	<p>42. Réfléchissez bien et comptez le nombre de choses qui vous dérangent dans ce que fait votre enfant. Par exemple: flâner, refuser d'écouter, hyperactif, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le numéro qui correspond au nombre de choses qui vous dérangent.</p> <ol style="list-style-type: none">1. 1-32. 4-53. 6-7

- 4. 8-9
- 5. 10 ou plus
- 43.** Mon enfant pleure souvent et cela me dérange.
- 44.** Il y a certaines choses que mon enfant fait et qui me dérangent vraiment beaucoup.
- 45.** Mon enfant a connu plus de problèmes de santé que je m’y attendais.
- 46.** Au fur et à mesure que mon enfant grandissait et qu’il devenait plus indépendant, j’étais inquiet(e) qu’il se blesse ou qu’il se trouve en difficulté.
- 47.** Les comportements de mon enfant sont plus problématiques que je m’y attendais.
- 48.** Il semble être plus difficile de prendre soin de mon enfant que la plupart des autres enfants.
- 49.** Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent vraiment beaucoup.
- 50.** Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants.

- Humeur**
- 16.** Mon enfant pleure et s’agite: (Pour la proposition 16, veuillez choisir parmi les énoncés ci-dessous.)
- 1. beaucoup moins que je m’y attendais.
 - 2. moins que je m’y attendais.
 - 3. à peu près comme je m’y attendais.
 - 4. beaucoup plus que je m’y attendais.
 - 5. cela me semble presque continu.
- 17.** Mon enfant semble pleurer ou s’agiter plus souvent que la plupart des enfants.
- 18.** Mon enfant est vraiment émotif et devient facilement contrarié.
- 19.** Mon enfant se réveille généralement de mauvaise humeur.
- 20.** J’ai l’impression que mon enfant possède un caractère instable et qu’il devient facilement contrarié.

- Hyperactivité**
- 1.** Lorsque mon enfant veut quelque chose, habituellement, il persiste pour obtenir ce qu’il veut.
 - 2.** Mon enfant est tellement actif que cela m’épuise.
 - 3.** Mon enfant semble être désorganisé et il est facilement distrait.
 - 4.** En comparaison des autres, mon enfant éprouve plus de difficulté à se concentrer et à rester attentif.
 - 5.** Mon enfant s’amuse souvent avec un jouet pendant plus de dix minutes.
 - 6.** Mon enfant flâne beaucoup plus que je m’y attendais.
 - 7.** Mon enfant est beaucoup plus actif que je m’y attendais.
 - 8.** Mon enfant se débat beaucoup et donne de nombreux coups de pied lorsque je veux l’habiller ou lui donner son bain.
 - 9.** Mon enfant est facilement distrait et cela représente un problème pour moi.

- Renforcement**
- 10.** Mon enfant fait rarement des choses qui me font sentir bien.
 - 11.** La plupart du temps, j’ai l’impression que mon enfant m’aime et qu’il veut être près de moi.
 - 12.** Quand je fais quelque chose pour mon enfant, j’ai le sentiment que mes efforts ne sont pas très appréciés.
 - 13.** Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m’y attendais.
 - 14.** Parfois je sens que mon enfant ne m’aime pas et qu’il ne veut pas être près de moi.
 - 15.** Quelle formulation décrit le mieux votre enfant : (Pour la proposition 15, veuillez choisir parmi les énoncés ci-des- sous.)
 - 1. il aime presque toujours jouer avec moi.
 - 2. il aime quelquefois jouer avec moi.
 - 3. habituellement, il n’aime pas jouer avec moi.
 - 4. il n’aime presque jamais jouer avec moi.

Domaine du parent	
Dépression	<p>75. Lorsque je pense à quelle sorte de parent je suis, je me sens souvent coupable ou mal dans ma peau.</p> <p>76. Je suis mécontent(e) du dernier vêtement que je me suis acheté.</p> <p>77. Lorsque mon enfant ne se conduit pas bien ou qu'il s'agite trop, je me sens responsable, comme si j'avais fait quelque chose d'incorrect.</p> <p>78. J'ai l'impression qu'à chaque fois que mon enfant fait quelque chose d'incorrect, c'est de ma faute.</p> <p>79. Je me sens souvent dépressif(ve) et je n'ai pas l'énergie nécessaire pour prendre en main mes responsabilités parentales.</p> <p>80. Il y a un bon nombre de choses qui me dérange en ce qui concerne ma vie.</p> <p>81. J'étais plus triste et plus dépressif(ve) que je m'y attendais après avoir quitté l'hôpital avec mon bébé.</p> <p>82. Je me sens coupable lorsque je me mets en colère contre mon enfant et cela me dérange.</p> <p>83. Un mois environ après l'accouchement, j'ai remarqué que je me sentais plus triste et plus dépressif(ve) que je m'y attendais.</p>
Attachement	<p>61. J'aime être un parent.</p> <p>62. Cela prend beaucoup de temps aux parents avant de créer des rapports étroits et chaleureux avec leurs enfants.</p> <p>63. Je m'attendais à avoir des relations plus étroites et plus chaleureuses avec mon enfant que ceux que j'ai présentement et cela me dérange.</p> <p>64. Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent, juste pour être méchant.</p> <p>65. Je me sens souvent coupable de ce que je ressens envers mon enfant.</p> <p>66. Mon enfant et moi ne sommes pas aussi proche que je le souhaiterais.</p> <p>67. Le nombre d'enfants que j'ai présentement est trop élevé.</p>
Restrictions	<p>68. Je passe la majeure partie de ma vie à faire des choses pour mon enfant.</p> <p>69. J'ai conclu que je sacrifie la majeure partie de ma vie à répondre aux besoins de mes enfants, plus que je n'aurais jamais cru.</p> <p>70. Je me sens coincé(e) par mes responsabilités de parent.</p> <p>71. J'ai souvent l'impression que les besoins de mon enfant contrôlent ma vie.</p> <p>72. Depuis que j'ai eu mon enfant, j'ai été dans l'impossibilité de faire des choses nouvelles et différentes.</p> <p>73. Depuis la naissance de mon enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que je peux faire les choses que j'aime.</p> <p>74. Il est difficile de trouver un endroit à la maison où je puisse être seul(e).</p>
Sentiment de compétence	<p>28. J'ai souvent des doutes sur ma capacité d'être un parent.</p> <p>29. Être un parent est plus difficile que je m'y attendais.</p> <p>30. Je me trouve compétent(e) et maître de la situation lorsque je m'occupe de mon enfant.</p> <p>51. Je ne peux pas prendre des décisions sans demander conseil.</p> <p>52. J'ai eu beaucoup plus de difficultés à élever mes enfants que je m'y attendais.</p> <p>53. À quel point est-il facile pour vous de comprendre ce que votre enfant veut ou a besoin?</p> <p>1. très facile.</p> <p>2. facile.</p> <p>3. un peu difficile.</p>

4. très difficile.
5. habituellement je ne suis pas capable de trouver quel est le problème.
- 54.** J'ai le sentiment que je réussis la plupart du temps lorsque je demande à mon enfant de faire ou de ne pas faire quelque chose.
- 55.** Depuis que je suis revenu(e) de l'hôpital avec mon dernier enfant, j'ai conclu que je ne suis pas capable de prendre soin de cet enfant aussi bien que je le croyais. J'ai besoin d'aide.
- 56.** J'ai souvent le sentiment que je ne m'occupe pas très bien des choses.
- 57.** Lorsque je pense à moi en tant que parent, je crois : (Pour la proposition 57, veuillez choisir parmi les énoncés ci-dessous.)
1. être capable de gérer tout ce qui peut arriver.
 2. être capable de gérer la plupart des choses assez bien.
 3. avoir parfois des doutes, mais finalement être capable de gérer la plupart des choses sans problèmes.
 4. avoir des doutes à propos de ma capacité à gérer les choses.
 5. ne pas être capable de gérer les choses.
- 58.** Je me considère comme: (Pour la proposition 58, veuillez choisir parmi les énoncés ci-dessous.)
1. un très bon parent.
 2. un meilleur parent que la moyenne.
 3. un aussi bon parent que la moyenne.
 4. une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent.
 5. pas très bon dans le rôle de parent.
- Quels sont les plus hauts niveaux de scolarité complétés que vous et votre conjoint(e) ayez : (Pour la proposition 59 et 60, veuillez choisir parmi les énoncés ci-dessous.)
- 59.** Mère :
1. études primaires.
 2. études secondaires.
 3. diplôme d'études collégiales ou professionnelles.
 4. diplôme d'études universitaires.
 5. maîtrise ou doctorat.
- 60.** Père :
1. études primaires.
 2. études secondaires.
 3. diplôme d'études collégiales ou professionnelles.
 4. diplôme d'études universitaires.
 5. maîtrise ou doctorat.

Isolement social

- 91.** Je me sens seul(e) et sans ami(e)s.
- 92.** Lorsque je vais à une soirée, habituellement, je ne m'attends pas à avoir du plaisir.
- 93.** Je ne suis plus autant intéressé aux gens comme j'avais l'habitude de l'être.
- 94.** J'ai souvent le sentiment que les autres personnes de mon âge n'aiment pas particulièrement ma compagnie.
- 95.** Lorsque je me heurte à un problème en prenant soin de mes enfants, il y a un bon nombre de gens à qui je peux m'adresser pour avoir de l'aide ou un conseil.
- 96.** Depuis la naissance de mes enfants, j'ai beaucoup moins l'occasion de rencontrer mes ami(e)s et de m'en faire de nouveaux.

Relation conjugale

- 84.** Depuis que nous avons eu notre enfant, mon (ma) conjoint(e) ne m'a pas fourni autant d'aide et de support que je m'y attendais.
- 85.** Avoir un enfant m'a causé plus de problèmes que j'avais prévu dans ma relation avec mon (ma) conjoint(e).
- 86.** Depuis la naissance de l'enfant, mon (ma) conjoint(e) et moi ne faisons plus autant de choses ensemble.
- 87.** Depuis la naissance de l'enfant, mon (ma) conjoint(e) et moi ne passons pas autant de temps en famille que je m'y attendais.
- 88.** Depuis la naissance de mon dernier enfant, j'ai moins d'intérêt pour des rapports

sexuels avec mon (ma) conjoint(e).

89. Moi et mon (ma) conjoint(e) avons beaucoup de conflits sur la manière d'élever notre enfant.

90. Le coût rattaché pour avoir un enfant à créer des problèmes entre moi et mon (ma) conjoint(e).

Santé du parent

97. Au cours des six derniers mois, j'ai été plus malade qu'à l'habitude ou j'ai eu plus de malaises et de douleurs que j'en ai normalement.

98. Physiquement, je me sens bien la plupart du temps.

99. J'ai des problèmes de sommeil et je me sens souvent fatigué(e) durant la journée.

100. Je n'ai plus autant de plaisir qu'auparavant.

101. Depuis que j'ai eu mon enfant, je suis souvent malade.

Stress de la vie

Stress de la vie

Durant les derniers douze mois, indiquez parmi les évènements suivants lesquels ont touché votre famille immédiate : Encerclez O pour «oui» et N pour «non».

102. Divorce.

103. Réconciliation familiale suite à une séparation.

104. Mariage.

105. Séparation.

106. Être enceinte.

107. Un parent a déménagé dans notre famille.

108. Augmentation substantielle du revenu (20% et +).

109. Un endettement significatif.

110. Déménagement dans un nouveau secteur.

111. Promotion au travail.

112. Baisse substantielle des revenus.

113. Alcool ou problème de drogue.

114. Mort d'un(e) ami(e) proche de la famille.

115. Début d'un nouveau travail.

116. Entrée dans une nouvelle école.

117. Problème avec un supérieur au travail.

118. Perte d'emploi.

119. Problèmes légaux.

120. Mort d'un membre de la famille.

CHAPITRE II

Caractéristiques psychométriques

Le chapitre (2) deux présente les qualités psychométriques de l'indice de stress parental et permet d'explorer les différents procédés qui ont donné naissance au développement de l'ISP 4

Pour faciliter la compréhension de ce chapitre il est possible de le diviser en 3 sections. :

1. les révisions menant à la version 4
2. la validité du contenu
3. la fidélité

Révisions menant à la version 4 de l'ISP

La version 4 de l'ISP est le résultat d'une révision qui avait pour but d'améliorer les qualités psychométriques du test et de faciliter la lecture des items. Depuis la publication de la version 3, un grand nombre de recherches ont été publiées sur le test ce qui a permis de consolider les évidences cliniques et l'utilité de l'ISP.

Le premier objectif de cette révision était définitivement d'améliorer les items plus faibles du test et de reclasser certains items dans des sous échelles. La version originale américaine de l'ISP 4 est la version qui fût utilisée pour la traduction française. Une double traduction et une validation par des experts a été réalisée. Les items qui ont été remplacés, devaient améliorer significativement et conceptuellement les échelles du test.

Un second objectif était d'obtenir un nouvel échantillon qui représente davantage les données démographiques actuelles dont, entre autres, le multiculturalisme Nord Américain.

Une analyse détaillée des corrélations met en lumière la cohérence entre les propositions et leur domaine propre. Ces corrélations permettent également de discriminer les personnes qui montrent plus ou moins une caractéristique qui relève de l'un des domaines de stress. Les corrélations ont aussi été calculées pour chacune des propositions et rubriques.

En fonction des résultats obtenus par le calcul de ces corrélations ainsi que des résultats d'une analyse factorielle, certaines propositions ont été retenues pour une rubrique et furent éliminées d'une autre. Il apparaît pertinent de souligner que ces différentes décisions ont été prises en conformité avec la validité de contenu, établie en fonction des études cliniques et fondamentales.

Le tableau 4 suivant présente la révision des items entre la version 3 et la version 4 de l'indice de stress parental.

Tableau 4
PSI-4 Item révisés et raisons des modifications.

PSI-3 item Numéro	PSI-3 Sous échelles	PSI-4 Numéro items	PSI-4 Sous échelles	Descriptions du changement
Item 9	DI	-	-	Révision de l'item pour améliorer l'impact sur les problèmes d'attention du parent
Item 18	MO	Item 34	AD	Déplacement de l'item à la sous échelle AD améliore le construit et la qualité psychométrique
Item 25	AC	Item 49	DE	Déplacement de l'item à la sous échelle DE améliore le construit et la qualité psychométrique
Item 27	AC	-	-	Révision de l'item pour mettre l'emphase sur le manque de lien
Item 28	CO	-	-	Révision de l'item pour les enfants plus âgés.
Item 31	AD	Item 25	AC	Déplacement de l'item à la sous échelle AC améliore le construit et la qualité psychométrique
Item 34	AD	Item18	MO	Déplacement de l'item à la sous échelle MO améliore le construit et la qualité psychométrique
Item 43	DE	-	-	Révision pour être moins quantitatif
Item 47	DE	-	-	Révision pour améliorer le langage et plus simple et augmenter la réponse affirmative.
Item 49	DE	Item 31	AD	Déplacement de l'item à la sous échelle AD - améliore le construit et la qualité psychométrique
Item 53	CO	Item 61	AT	Déplacement de l'item à la sous échelle AT - améliore le construit et la qualité psychométrique
Item 61	AT	Item 53	CO	Déplacement de l'item à la sous échelle CO - améliore le construit et la qualité psychométrique
Item 65	AT	n/a	n/a	Item supprimé
Item 66	AT	-	-	Simplification de l'item et mieux saisir le construit évalué.
Item 79	DP	Item 65	AT	Déplacement de l'item à la sous échelle AT - améliore le construit et la qualité psychométrique
Item 84	SP	-	-	Révision pour conjoint
Item 85	SP	-	-	Révision pour conjoint
Item 86	SP	-	-	Révision pour conjoint
Item 87	SP	-	-	Révision pour conjoint
Item 88	SP	-	-	Révision pour conjoint
Item 89	SP	-	-	Révision pour conjoint
Item 90	SP	-	-	Révision pour conjoint
Item 99	HE	-	-	Révision pour mettre l'emphase sur le manque de sommeil.
Item 101	HE	-	-	Révision pour être moins quantitatif

Validité de contenu

L'étude de la littérature portant sur le développement de l'enfant, de l'interaction parent-enfant, de l'attachement, des agressions et de la négligence envers l'enfant, de la psychopathologie de l'enfant, des pratiques parentales et du stress a permis d'établir les proportions de l'ISP dans leurs versions originales anglaise. En se basant sur cette même littérature, une liste de dimensions fut développée dans le but d'évaluer ces dimensions. Une étude pilote a ensuite permis de mesurer la compréhension que les sujets avaient des énoncés, ainsi que leur format et le temps de passation. Puis, un panel de six professionnels des relations parent-enfant durant l'enfance ont classé chaque énoncé en fonction de leur pertinence, de leur contenu ainsi que de la pertinence de sa construction.

Des essais sur le terrain ont permis de développer un questionnaire comportant 150 propositions. 95% de ces propositions trouvent leur source dans des recherches mettant en relief leur importance à titre de stressseurs pour les parents ayant de jeunes enfants. Par exemple Burke(1978) propose une description exhaustive de la validation de l'ISP.

Quand le manuel a été écrit en 1995 déjà plus de 250 études de recherches avaient été publiées sur l'outil. Aujourd'hui l'ISP est publié dans plus de 40 langues et des milliers d'études de recherches utilisent l'outil comme mesure du stress de la relation parent-enfant. Le fait que le ISP a été validé dans autant de langues et de cultures démontre que la validité de son construit, de sa structure factorielle et de sa fidélité nous mène aux conclusions suivantes :

- **Le stress parental est un construit universel.**
- **Comme construit universel la mesure du stress parental est utile à travers diverses populations et cultures.**
- **Ceci constitue une excellente nouvelle pour les praticiens cliniciens et les chercheurs.**

Fidélité

Les coefficients alpha de fidélité sont calculés pour toutes les rubriques et les domaines ainsi que pour le résultat total (tableau 5). Les résultats sont basés sur un échantillon de 1048 sujets pour le ISP 4 et 2633 sujets pour le ISP 3.

Les coefficients varient de 0.78 à 0.88 pour les rubriques de l'enfant et de 0.75 à 0.87 pour le domaine du parent. Pour le stress total le coefficient est de 0.98.

Puisque ces coefficients sont relativement élevés, on peut dire avec confiance qu'il existe un niveau de cohérence interne élevé de ces mesures.

Tableau 5
Cohérence interne du ISP-4 et ISP-3 Domaines et sous échelles

Domaines/ sous échelles	Nombre d'items	Coefficient alpha	
		ISP-4 ^a	ISP-3 ^b
Domaine de l'Enfant	47	.96	.90
Hyperactivité / Distraction	9	.78	.82
Adaptabilité	11	.83	.76
Renforcement	6	.80	.83
Exigences	9	.84	.73
Humeur	5	.79	.70
Acceptabilité	7	.88	.79
Domaine du Parent	54	.96	.93
Sentiment de compétence	13	.86	.83
Isolement social	6	.79	.86
Attachement	7	.86	.75
Santé du parent	5	.75	.70
Restrictions du rôle de parent	7	.81	.79
Dépression	9	.87	.84
Relation conjugale	7	.86	.81
Stress Total	101	.98	.95

Fidélité Test-retest

La fidélité test-retest effectuée durant différentes études tel que Burke (1978) permet d'assurer la stabilité de la version anglaise de l'ISP. Burke (1978) a fait une étude portant sur 15 mères clientes d'une clinique pédiatrique. Il a administré l'ISP une première fois puis une seconde fois trois semaines plus tard. Des coefficients de Spearman 0.82 et 0.71 sont obtenus respectivement pour le domaine de l'enfant et celui du parent, ce qui indique une relation forte et significative ($p < .01$) entre les résultats à trois semaines d'intervalle.

Abidin (1990) a mené une étude sur un échantillon de 30 mères tirées de l'échantillon qui a servi à établir les normes américaines.

Cet échantillon est constitué de mères qui consultaient au préalable pour des problèmes de comportement de leur enfant. L'ISP fut administré à deux reprises à un intervalle variant de 1 à 3 mois. Les corrélations de Pearson entre la première et la seconde passation sont de 0.63 en ce qui concerne le domaine de l'enfant et de 0.91 pour le domaine du parent. Puis, finalement de 0.96 pour le résultat total de stress parental. Cette corrélation suggère qu'il existe une stabilité fiable entre l'ISP original pour une période de 1 à 3 mois.

Zakreski (1983) a également mené un test-retest sur une période de 3 mois, sur une étude portant sur des associations entre les développements de l'enfant, le stress parental ainsi que le statut marital de 54 parents. Les coefficients de fidélité ont été calculés pour le domaine de l'enfant, du parent et pour le résultat du stress parental total. Les coefficients sont respectivement 0.77, 0.69 et 0.88.

Une autre étude de la fidélité test-retest effectuée par Hamilton (1980) dans le contexte des relations qui existent entre les relations de stress, d'adaptation et de soutien à la qualité de la relation d'attachement mère-enfant.

Un échantillon de 37 mères ont passé deux fois l'ISP sur une période d'un an. Les coefficients de fidélité qui sont ressortis de cette étude étaient de 0.65 pour le domaine de l'enfant, de 0.70 pour le domaine du parent et finalement de 0.55 pour le résultat total du stress. Ces coefficients sont relativement significatifs ($p < .001$) ainsi que stables, ils offrent un soutien à l'idée de la stabilité des résultats de l'ISP pour ces périodes de temps.

Présentement les résultats de la stabilité de la version française de l'ISP ne sont pas disponibles. Toutefois, en attendant les résultats, il apparaît comme raisonnable d'avancer que la version française est suffisamment stable en ce basant sur les données disponibles sur d'autres qualités métrologiques.

Structure factorielle et inter corrélations.

Les tableaux 6 et 7 présentent d'une part la matrice d'inter corrélation entre les rubriques et les domaines de l'ISP et, d'autre part, l'analyse factorielle des rubriques de la version 4 de l'ISP en comparaison aux mêmes analyses faites avec la version 3. Ce dernier tableau permet d'évaluer à quel point les informations obtenues à chaque rubrique appartiennent à l'un ou l'autre des deux grands domaines de stress.

Tableau 6
ISP-4 Inter corrélations des sous échelles

Sous échelles	Domaine de l'enfant						Domaine du Parent						
	DI	AD	RE	DE	MO	AC	CO	IS	AT	HE	RO ^a	DP	SP
Domaine de l'Enfant													
Hyperactivité / Distraction	-	.69	.50	.72	.64	.64	.57	.48	.58	.50	.47	.53	.43
Adaptabilité		-	.57	.78	.70	.76	.70	.57	.69	.60	.54	.67	.47
Renforcement			-	.63	.56	.71	.67	.50	.72	.45	.42	.55	.41
Exigences				-	.74	.78	.71	.57	.75	.60	.57	.69	.54
Humeur					-	.66	.59	.48	.60	.52	.43	.56	.41
Acceptabilité						-	.75	.58	.79	.55	.46	.67	.46
Domaine du Parent													
Sentiment de compétence							-	.62	.81	.60	.55	.78	.59
Isolement social								-	.61	.67	.60	.73	.51
Attachement									-	.59	.54	.75	.55
Santé du parent										-	.56	.73	.54
Restrictions du rôle de parent											-	.68	.52
Dépression												-	.64
Relation conjugale													-

Note N= 1,056

^aN= 1,055 – certains tems manquants.

Tableau 7
Analyse Factorielle pour ISP 4 et ISP 3 selon le domaine et les sous échelles

Sous échelles	Facteur I		Facteur II	
	ISP-4 ^a	ISP-3 ^b	ISP-4 ^c	ISP-3 ^d
Domaine de l'Enfant				
Hyperactivité / Distraction	.75	.52		
Adaptabilité	.77	.63		
Renforcement	.73	.60		
Exigences	.79	.70		
Humeur	.79	.76		
Acceptabilité	.83	.74		
Domaine du Parent				
Sentiment de compétence	.65		.58	.60
Isolement social			.76	.73
Attachement	.71	.52	.52	(.31)
Santé du parent			.74	.62
Restrictions du rôle de parent			.77	.72
Dépression			.80	.73
Relation conjugale			.74	.65

Note. Les facteurs dont les valeurs étaient inférieures à .50 ont été omis. Certaines données proviennent de *Parenting Stress Index, Edition Professional Manual* (p. 35), by R.R. Abidin, 1995, Lutz, FL : PAR. Copyright 1995 by PAR. Used with permission.
^aN = 1,055. ^bN = 534. ^cN = 1,056.

Tableau 8
Analyse factorielle pour le domaine de l'enfant

Sous échelles	Numéro d'item	Facteur					
		I	II	III	IV	V	VI
Hyperactivité / Distraction	1	.60					
	2	.70					
	3	.40				.60	
	4	.32				.30	.65
	5	(.05)					
	6	.53		.35			
	7	.63					
	8	.37	.47				
	9	(.21)				.41	.60
Adaptabilité	31		.60				
	32	.32	.32				
	33		.55				
	34		.32	.51		.37	
	35		.56			.36	
	36		.51				
	37		.53	.31		.40	
	38		.51			.41	
	39		.65				
	40		(.05)			.53	.31
	41		(.24)			.44	
Renforcement	10			.56		.34	
	11			.66			
	12			.70			
	13			.65		.34	
	14			.53	.40		
	15			.66			
Humeur	16				.54		
	17				.55		
	18				.68		
	19			.35	.40		
	20				.63		
Acceptabilité	21		.35	.49		.53	
	22			.36		.44	
	23					.65	
	24			.57		.40	
	25		.41		.32	.53	
	26		.31	.31		.55	
	27			.52		.35	
Exigences	42				.32	.34	(.13)
	43		.32		.49	.32	(.15)
	44				.49		(-.29)
	45					.55	(.09)
	46						(-.27)
	47				.38	.54	(.00)
	48		.32	.33	.36	.51	(.15)
	49				.44	.38	-.35
50		.43		.35	.35	(-.01)	

Note. $N = 1,056$. Les valeurs inférieures à 0.30 ont été omises, pour certaines sous échelles elles sont présentées entre parenthèses.

Tableau 8
Analyse factorielle des échelles du domaine du parent.

Sous échelles	Numéro d'item	Facteur						
		I	II	III	IV	V	VI	VII
Sentiment de compétence	28	(.23)		.49		.31	.37	
	29	.38					.30	
	30	.48		.39				
	51	(.13)		.62		.31		
	52	(.29)		.52		.33		
	53	.52						
	54	.40		.46				
	55	.33		.58				
	56	.34		.44		.37		
	57	.51				.37		
	58	.50		.32				
	59	(.13)						.78
Isolement social	60	(.08)						.82
	91		.50	.48				
	92		.62					
	93		.59					
	94		.63			.30		
	95		.52	.31				
Attachement	96		.38		.52			
	61			.64				
	62			.64				
	63			.67				
	64			.41				
	65			.61				
	66			.50		.37		
Restrictions du rôle de parent	67			.65				
	68				.57			
	69				.63			
	70			.59	.45			
	71			.47	.58			
	72				.63			
	73		.30	.45	.56			
	74				.59			
Dépression	75	.33		.38		.41		
	76				.31	.31		
	77				.43	.38		
	78			.34	.36	.41		
	79			.56		.40	.33	
	80				.34	.45		
	81			.71		(.29)		
	82	.30			.40	(.29)		
	83			.56		.33		
	Relation conjugale	84						.63
85				.44			.69	
86							.70	
87							.79	
88							.49	
89							.65	
90							.65	
Santé du parent	97			.30		.63		(-.03)
	98					.57		(-.04)
	99				.35	.42	.34	(.00)
	100		.47		.35			(.10)
	101			.40		.51		(-.10)

Note. *N* = 1,056. Les valeurs inférieures à 0.30 ont été omises, pour certaines sous échelles elles sont présentées entre parenthèses.

Chapitre III - Informations sur les normes

Un groupe de 1056 parents a servi à l'établissement des normes américaines, dont 534 mères et 522 pères. L'échantillon de normalisation provient de 17 états américains répartis également entre les états du sud, de l'ouest, de l'est et du centre des états unis. Plus d'une vingtaine de professionnels ont participé au recueil des données.

Ces procédures d'échantillonnage ne sont ni aléatoires, ni stratifiées. Toutefois un souci a été apporté afin de recueillir des données qui représentent le mieux possible le niveau d'éducation et la répartition ethnique selon le recensement de 2007. Les pères et mères sélectionnés dans l'échantillon de normalisation s'approche le plus possible des données du recensement. Au tableau suivant, on présente les caractéristiques démographiques de l'échantillon.

Tableau 9
Caractéristiques démographiques de l'échantillon du ISP 4

Variable	% de l'échantillon	Variable	% de l'échantillon
Parent			
Mères	51		
Pères	49		
Race/ Ethnie de la mère		Race/ Ethnie du père	
Caucasien	66	Caucasien	68
Afro-Américain	14	Afro-Américain	12
Hispanophone	14	Hispanophone	16
Autres	5	Autres	4
État civil de la mère		État civil du père	
Mariée	61	Mariée	74
Divorcée	8	Divorcée	8
Séparée	5	Séparée	2
Célibataire / Jamais mariée	23	Célibataire / Jamais mariée	16
Veuve	<1	Veuve	0
Autre / Non spécifié	4	Autre / Non spécifié	<1
Revenu annuel du ménage de la mère		Revenu annuel du ménage du père	
Moins de 20,000\$	15	Moins de 20,000\$	7
20,00\$ à 59,999\$	41	20,00\$ à 59,999\$	42
60,000\$ à 99,999\$	29	60,000\$ à 99,999\$	37
Plus de 100,000\$	15	Plus de 100,000\$	13
Niveau d'éducation de la mère		Niveau d'éducation du père	
Moins d'un diplôme secondaire	16	Moins d'un diplôme secondaire	17
Diplôme secondaire	37	Diplôme secondaire	34
DEC, DEP	20	DEC, DEP	26
Universitaire	28	Universitaire	22

Le tableau suivant présente les scores moyens et écarts types obtenus lors de la normalisation de 2011. Les scores comparatifs entre les résultats de la normalisation sont présentés en mode comparatif avec la version précédente (ISP 3)

Tableau 10
ISP-4 et ISP-3 Score brut / Moyennes et Écarts types

Domaines / Sous échelles	ISP-4 (2011) Échantillon ^a		ISP-3 (1989) Échantillon ^b	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Domaine de l'Enfant	103.2	29.5	99.7	18.8
Hyperactivité / Distraction	22.5	6.4	24.7	4.8
Adaptabilité	24.8	7.3	24.9	5.7
Renforcement	11.4	4.4	9.4	2.9
Exigences	19.7	6.7	18.3	4.6
Humeur	11.5	3.9	9.7	2.9
Acceptabilité	13.4	5.6	12.6	3.5
Domaine du Parent	121.4	34.3	123.1	24.4
Sentiment de compétence	29.5	8.4	29.1	6.0
Isolement social	13.3	4.7	12.6	3.7
Attachement	13.0	5.3	12.7	3.2
Santé du parent	11.1	3.9	11.7	3.4
Restrictions du rôle de parent	17.8	5.4	18.9	5.3
Dépression	19.1	7.0	20.3	5.5
Relation conjugale	17.5	6.6	16.9	5.1
Stress de vie	10.6	10.6	7.8	6.2
Stress Total	224.6	60.7	222.8	36.6

Tableau 11
Les moyennes (M) et les écarts types des scores (ET) du ISP-4 pour les mères et les pères

Domaines / sous échelles	mères ^a		pères ^b	
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Domaine de l'Enfant	100.1	29.2	106.4	29.5
Hyperactivité / Distraction	21.9	6.4	23.2	6.3
Adaptabilité	24.1	7.4	25.4	7.2
Renforcement	10.9	4.3	11.9	4.3
Exigences	19.1	6.7	20.2	6.7
Humeur	11.3	4.1	11.6	3.8
Acceptabilité	12.7	5.2	14.1	5.8
Domaine du Parent	121.0	34.0	121.8	34.6
Sentiment de compétence	29.2	8.5	29.9	8.2
Isolement social	13.3	4.7	13.3	4.6
Attachement	12.3	5.1	13.7	5.4
Santé du parent	11.0	3.7	11.1	4.1
Restrictions du rôle de parent	18.0	5.6	17.7	5.3
Dépression	19.3	6.9	18.9	7.1
Relation conjugale	17.8	6.7	17.2	6.4
Stress de vie	10.2	10.3	11.8	11.0
Stress Total	221.1	59.6	228.2	61.7

CHAPITRE IV

ADMINISTRATION ET CORRECTION

Le matériel de l'ISP 4 comprend le manuel de l'utilisateur, des questionnaires réutilisables, des feuilles de profils, puis des feuilles de réponses pour les parents. On retrouve sur chacune des premières pages des explications à savoir comment on doit répondre à chaque question. On retrouve un exemple à titre d'illustration, sur les autres pages on retrouve les 101 propositions retenues pour le questionnaire.

Sur la feuille de réponses on retrouve des champs prévus pour les réponses du parent, ainsi que des champs pour inscrire le nom de leur enfant ainsi que des caractéristiques démographiques. C'est sur la seconde page qu'on effectue le calcul des résultats de la feuille de réponses qui reproduit les marques de la première page. Ensuite, au verso de la première page se fait le profilage des résultats aux rubriques et aux domaines de stress.

Il n'est pas nécessaire d'avoir un entraînement en psychoéducation, psychologie clinique, travail social ou d'autres domaines de formation pour administrer et effectuer les calculs de l'ISP. Néanmoins il apparaît pertinent de souligner l'importance pour l'administrateur de lire ce manuel, afin d'examiner les procédures d'administration et de calcul.

Cela étant dit, il reste que l'entraînement à l'administration et au calcul des résultats devrait être fait par des professionnels qualifiés. Selon les standards tels que ceux de l'Association Canadienne de Psychologie, de l'Association des Psycho-Éducateurs du Québec, des Travailleurs Sociaux, etc. Il faut noter que l'interprétation de l'ISP nécessite une formation universitaire, notamment en psychologie clinique, en psychoéducation, ou en travail social ou d'autres formations dans ce domaine.

Administration

Pour l'administration, il faut simplement donner au parent une feuille de réponses, un stylo ou un crayon puis une surface plane afin qu'il puisse écrire. Il est préférable de fournir un environnement calme, sans distraction et avec un bon éclairage. Le temps de passation est normalement de 20 – 25 minutes, mais il n'y a pas de restrictions concernant le temps. Il y n'a pas de temps limite.

Les parents doivent lire les instructions qui se trouvent sur la première page. Les instructions indiquent aux parents d'inscrire des informations démographiques de bases sur la feuille de réponses. Une fois cette étape complétée, le parent pourra tourner la page et commencer à répondre aux questions en encerclant FA (Fortement en accord), A (Accord), PC (Pas certain), D (Désaccord) ou FD (Fortement en désaccord) sur la feuille réponses. Pour certaines questions il est indiqué de répondre de 1 à 5 lorsque la réponse ne peut être répondue par FA, A, PC, D ou FD.

Il est primordial que le parent n'efface aucune de ses réponses. S'il advenait le cas où il voudrait modifier une de ses réponses, il doit faire un X sur la réponse à changer et puis encercler la nouvelle réponse.

Calculs des résultats

Pour calculer les résultats, il faut ouvrir la feuille de réponses, pour ce faire il suffit simplement de déchirer la bandelette le long du haut du feuillet de réponses, il faut faire attention de laisser intacte les parties droite et gauche. Ensuite à l'aide d'une règle ou de ses doigts, décollez la partie droite et gauche du formulaire. Vous pourrez ainsi remarquer que les informations démographiques et les réponses aux questions sont reproduites sur la page de dessous.

La première étape est d'additionner les 15 réponses des zones ombragées (ex. questions 56 , excluant les questions 102 à 120) et de reporter la somme obtenue dans la case de « **réponses défensives** » (case également ombragée) qui se trouve en haut à droite, au dessus des informations démographiques. Si le résultat est de 24 et moins, cela indique que le parent répond de manière défensive. Pour plus d'informations concernant les réponses défensives, référez vous au chapitre V à propos de l'échelle de réponses défensives.

Par la suite, vous devez additionner les résultats de chaque rubrique. Les groupes de réponses qui correspondent à l'ISP sont encadrés. Ensuite, trouvez les réponses encadrées qui correspondent à la rubrique « HY » soit, les questions 1 à 9. Ensuite il faut additionner les réponses 1 à 9 et écrire cette somme dans la case «HY ». Il faut effectuer ce processus pour chaque rubrique.

Annexe et feuille de profil

Il faut alors reporter les résultats qui ont été calculés pour chaque rubrique dans les champs prévus à cet effet au bas de la feuille présentant le profil de stress. Additionnez les rubriques du domaine de l'enfant (HY, AD, RE, EX, HU et AC). Ensuite, reportez cette somme dans la case située sous le tableau du profil. Par la suite il faut faire la somme des rubriques du domaine du parent (CO, IS, AT, SA, RE, DP, RC) dans l'objectif d'obtenir le résultat total du domaine du parent. Ce résultat doit être reporté dans la case prévue à cet effet située sous le tableau du profil. On obtient le résultat du « stress total » en additionnant le domaine de l'enfant et le domaine du parent.

Pour effectuer le profilage vous devez inscrire les résultats bruts dans le tableau de profil. C'est-à-dire que pour chaque résultat que vous venez d'inscrire dans le bas du tableau de profil, il faut reporter le score dans la colonne juste au dessus du résultat. Pour calculer le profil, vous devez vous référer au tableau de conversions des scores des appendices A et B du manuel. Les tableaux de conversions sont présentés par groupe d'âge et par score T et par score percentile.

Données manquantes

Si le parent n'a pas répondu à toutes les questions, il est tout même possible de calculer les résultats des différents domaines et rubriques. Les résultats obtenus devront néanmoins être interprétés avec plus de précaution. De plus, s'il manque des réponses, les résultats pourront seulement être calculés si

a) pas plus de trois réponses manquent dans l'un ou l'autre des domaines,

b) pas plus de cinq réponses manquent dans une rubrique,

c) un maximum de cinq réponses sont manquantes dans l'ensemble du questionnaire. Si ces trois conditions peuvent être remplies, la convention en matière de données manquantes est de :

1. identifier de quelle(s) rubrique(s) une réponse est manquante.
2. Calculer le résultat moyen des réponses dans la rubrique en question et arrondissez ce résultat au nombre entier.
3. Le nombre que vous venez d'arrondir doit être attribué à la réponse qui est manquante, puis il suffit d'ajouter cette rubrique de la façon indiquée dans la section « calcul des résultats ». Exemple, si les réponses du parent dans la rubrique adaptabilité sont de 1, 3, 3, 4, 2, 1, 1, 2, 4, 5 et qu'une réponse est manquante, le résultat partiel de cette rubrique est de 26, la moyenne des arrondissements 2,6, nous obtiendrons 3. Donc, le résultat final pour la rubrique adaptabilité sera de $26+3 = 29$

CHAPITRE V

INTERPRÉTATION CLINIQUE DE L'ISP

C'est grâce à une série de combinaisons de jugement clinique, sur la relation entre chaque proposition du questionnaire et les résultats que l'on trouve dans la littérature clinique ou de recherche ou, enfin, sur les recherches conduites sur l'ISP, qu'il est possible d'avancer avec confiance l'exactitude des renseignements que l'on retrouve dans ce chapitre. Il apparaît plus prudent toutefois de suggérer que les interprétations faites restent des hypothèses de travail, c'est une investigation minutieuse de chaque client qui permet d'ancrer la validité du test.

Pour procéder à l'interprétation, il faut partir du résultat total, puis des résultats de chaque domaine (du parent et de l'enfant), ensuite il faut regarder les résultats de chaque rubrique, dans chaque domaine. Bien qu'il soit concevable d'interpréter les résultats d'une manière indépendante, les hypothèses doivent être interprétées en relation à un résultat individuel. Lorsque vous ferez les relations entre les résultats, vous pourrez être à même d'observer un portrait plus défini. Par exemple, un résultat élevé dans la rubrique de dépression indique de la négligence de l'enfant et un dysfonctionnement parental (Webster-Stratton, 1989). Toutefois, cette hypothèse ne peut être confirmée si les résultats des rubriques du sentiment de compétence parentale, de la relation conjugale et de l'isolement social sont à l'intérieur des limites normales.

L'interprétation se fait en partant du résultat total jusqu'aux rubriques, dans l'intention d'aider l'utilisateur de l'ISP pour les cas d'espèce. Lorsque disponible, vous retrouverez les citations qui proviennent des écrits de recherche de l'ISP. Il y a certaines interprétations sans citations afférentes, ces dernières se fondent sur l'expérience clinique de l'auteur original de l'ISP ainsi que sur la revue de la littérature contemporaine au premier développement du questionnaire.

L'ISP veut identifier les systèmes parent-enfant qui risquent de développer des pratiques parentales problématiques ainsi que de la mésadaptation chez l'enfant. Le résultat total permet de diriger le jugement du professionnel pour qu'il soit à même de juger s'il est nécessaire de conduire une intervention.

Un résultat du parent ayant un centile supérieur à 90 (167 = score brut du domaine du parent), indique clairement que les parents devraient être dirigés vers un professionnel. Les cas entre 85 et 90 devraient être discutés (138-166 = score brut du domaine du parent, enfant de 8 ans). Nota : on doit toujours se référer à la table de conversion des scores par groupe d'âges.

Pour identifier les sources du stress, il apparaît pertinent de considérer les résultats du domaine du parent et de l'enfant ainsi que les résultats de l'échelle optionnelle du stress de la vie. Il est dans l'univers du possible que les parents obtiennent des résultats équivalents pour les deux domaines, néanmoins il est plus commun que les parents obtiennent des résultats différents. Les résultats des domaines de L'ISP veulent distinguer les domaines du parent qui sont sous un stress maximal. Les rubriques, quant à elles, permettent de comprendre le stress du parent de façon plus exhaustive. Par exemple, un résultat élevé pour le domaine des caractéristiques de l'enfant peut être largement associé à un résultat élevé à l'une ou l'autre des rubriques de ce domaine.

Résultat extrêmement bas (résultat brut de moins de 175)

Des résultats extrêmement bas ne sont pas des caractéristiques d'un niveau de stress particulier, comme nous l'indique les résultats de recherche et de travaux cliniques. C'est-à-dire qu'un parent qui obtient des résultats très bas peut être autant stressé que peu stressé. On note trois types de faux négatifs.

Faux négatif type I (parent défensif) :

Des résultats extrêmement bas sous-tendent une attitude défensive, apeurée ou partiellement paranoïde (tableau 9). La réaction du parent se base sur la réflexion : « Si j'admets mes problèmes, tout s'écroulera autour de moi et je serai submergé par mes problèmes ». Dans une rencontre avec un professionnel chaleureux et disponible, il est concevable que le parent arriverait facilement à admettre des difficultés importantes que l'ISP n'arrive pas à dévoiler.

Les recherches de Castaldi (1988) et de Lafiosca et Loyd (1986) montrent que les parents qui ne sont pas impliqués dans un processus judiciaire sont plus souvent à risque de montrer des réponses défensives, davantage avec les réponses en relation avec leur personnalité et leurs relations sociales. Castaldi (1988) a développé une « échelle de réponses défensives » pour l'ISP (elle comprend 15 propositions), en se basant sur l'échelle de désirabilité sociale de Marlowe-Crowne. Ainsi, les mères décrivent souvent avec plus de détails les caractéristiques qui ont trait au domaine de l'enfant.

Faux négatif type II (parent dissimulateur) :

« Acton » (1989) propose que la motivation du parent (évaluation versus traitement) va avoir un impact prépondérant dans sa façon de répondre au test et donc sa performance touchant la fonction du parent. Un parent agresseur qui se verrait obligé de passer le test pourrait répondre de façon défensive. Les agresseurs qui désirent se montrer sous leur meilleur jour ont des résultats différents des parents qui répondent de façon honnête. Cela implique que ce type de répondants peut biaiser les deux domaines de l'ISP. En se basant sur « Action » il est possible d'avancer, que dans l'éventualité d'un résultat total de stress et des résultats des domaines de l'enfant et du parent sous la barre d'un écart type (15 centiles), on peut suspecter un faux négatif de type II. La recherche « d'Acton » met en lumière l'idée d'utiliser l'ISP en conjonction avec le *Child Abuse Potential Inventory* (Milner 1986) pour discriminer les parents qui répondent de façon malhonnête et ceux qui répondent honnêtement.

Faux négatif type III (parent désengagé) :

Les parents qui semblent peu investis dans leur rôle parental, semblent plus enclins à obtenir des résultats très bas à l'ISP. Ces personnes vont tendre à être peu engagées auprès de leurs enfants. Les recherches d'Hamilton ont permis de savoir que ces parents seront enclins à entretenir un attachement anxieux avec leurs enfants. Ces mêmes enfants vont sûrement manifester de façon précoce des problèmes psychologiques. Selon Abidin (1982), les mères dont les enfants se blessaient souvent vont montrer un faible niveau de stress. Ils interprètent ces résultats comme étant un indicateur d'un manque de vigilance et de supervision.

Les questions associées à l'âge de l'enfant

Les parents qui ont des enfants plus jeunes semblent avoir un niveau de stress plus élevé que les parents avec des enfants plus âgés. Les tableaux de conversion des scores présentés en annexe confirment cet énoncé. Selon les normes américaines, un score de 308 donne un percentile de 80. (les normes québécoises selon l'âge de l'enfant n'existent pas encore) ce qui représente le point de coupure du niveau de stress élevé pour les parents ayant un enfant âgé de moins de deux ans.

Interprétation de résultats élevés aux rubriques du domaine de l'enfant (ex : total de 115 et +, centile de 80%, enfant de 8 ans)

Des résultats élevés dans les rubriques du domaine de l'enfant avance que l'enfant présente des caractéristiques propres aux enfants qui représentent une charge difficile à assumer pour les parents. Quand on met ce résultat élevé en conjonction avec les autres domaines, cela propose que les caractéristiques de l'enfant représentent des facteurs importants quand on examine l'ensemble des stress dans le système parent-enfant. Cette conclusion permet de centrer l'intervention sur les comportements de l'enfant, plutôt que sur les autres domaines du système parent-enfant.

Chez les familles d'enfants qui montrent des désordres de la conduite, il est normal de prévoir des résultats moins élevés chez les pères que chez les mères, dans la situation où la mère serait le parent-maternant. Cette conclusion ne veut pas dire que la perception des pères est influencée, mais plutôt que la participation plus grande des mères concernant les soins à l'enfant a pour conséquence de rendre les mères plus perméables à un grand stress associé à l'enfant.

On peu s'attendre à un écart jusqu'à 10 points pour les domaines du parent et de l'enfant et entre la mère et le père. Webster-Stratton (1988) a mis en lumière le fait que les mères stressées ou dépressives à cause de problèmes conjugaux sont plus enclines à percevoir des comportements, dit, déviants chez leurs enfants. À des niveaux inférieurs ($p < .01$), il a été noté que des différences ressortent entre les mères et les pères dans les rubriques du domaine de l'enfant telles que ; exigence, humeur, hyperactivité et renforcement du parent. De plus, il est fort probable que vous pourrez observer des différences pour le domaine du parent dans les rubriques ; attachement, dépression, restriction, sentiment de compétence, relation conjugale et santé.

On observe des résultats plus élevés dans le domaine de l'enfant que dans le domaine du parent lorsque l'on se trouve avec des parents ayant un enfant handicapé (incluant hyperactivité, retards mentaux, difficultés d'apprentissage et troubles de la conduite). Les résultats les plus élevés sont ceux pour les parents dont les enfants sont hyperactifs ou possèdent des troubles de la conduite. Si ce cas s'avère, il est normal de s'attendre à un résultat plus élevé que le 90^e rang centile, pour 5 des 6 rubriques du domaine de l'enfant. On peut également s'attendre à des résultats élevés dans le domaine du parent et de l'enfant lorsqu'on se trouve face à une situation de crise ou dans un contexte familial dysfonctionnel où le potentiel d'agression est élevé.

Dans le cas où vous seriez confronté à un parent reconnu comme agresseur, qui montre un résultat élevé dans le domaine du parent, il apparaît judicieux d'approcher la situation, avec en tête l'idée qu'il pourrait y avoir eu un mauvais jumelage (mismatch) des tempéraments, telle qu'une contribution au stress parental et au potentiel agresseur du parent (Johnson et al., 1984). Autour du 90^e et du 95^e rang centile, se trouve le profil du parent qui montre de la négligence.

Adaptabilité de l'enfant/ malléabilité

On associe des résultats élevés à cette rubrique qui possède des caractéristiques qui rendent la tâche du parent plus difficile en raison de l'incapacité que démontre l'enfant à s'adapter aux différents changements qui adviennent dans son environnement physique et social (Bendell et al., 1986; Breen et Barkley, 1988; Chavkin, 1986; Johnson et al., 1984; Mash et Johnston, 1983). Les caractéristiques comportementales de l'enfant en lien avec un résultat élevé dans cette rubrique sont :

1. Difficulté à changer d'activité sans se fâcher ou devenir maussade.
2. Forte réaction aux changements dans les stimulations sensorielles.
3. Évitement des étrangers.
4. Forte réaction aux changements dans la routine.
5. Difficulté à calmer sa colère.

La frustration des tentatives de développement de lien avec leur enfant est fréquemment rapportée par les parents de ces mêmes enfants. Si vous observez que la rubrique de renforcement du parent ainsi que celle de l'attachement sont toutes deux élevées, il est pertinent d'affirmer qu'il existe une relation faiblement positive entre l'enfant et le parent. Certains de ces parents relatent leur sentiment de rejet de la part de leur enfant.

Acceptation de l'enfant par le parent

Lorsqu'il y a de la dissidence entre les attentes du parent en fonction des caractéristiques physiques, intellectuelles et émotionnelles de l'enfant, il est normal de s'attendre à observer un résultat élevé à cette rubrique (Cameron et Orr, 1989). Bref, aux yeux du parent, l'enfant n'est pas attirant, intelligent ou plaisant de la façon dont le parent aurait souhaité ou imaginé. Un attachement relativement faible, conscient ou non, peut être un enjeu dans la relation parent-enfant (Bendell et al., 1986; McKinney et Peterson, 1987; Speltz et al., 1990).

Exigence de l'enfant

Il est possible d'interpréter un résultat élevé à cette rubrique comme étant le résultat de l'impression qu'a le parent envers les demandes de l'enfant. Le parent a l'impression que les demandes sont répétitives et que l'enfant est trop exigeant (Bendell et al., 1986; Pokorni et Perry, 1988). L'enfant va crier sans raison justifiable et demande de l'aide pour des situations mineures (Russ, 1988). Vous pourrez observer l'intensification de cette source de stress quand le parent désire trop agir en « parent-modèle ». Il est courant pour les jeunes parents d'obtenir des résultats élevés dans cette rubrique. Les enfants qui sont très dépendants (Cameron et Orr, 1989; Goldberg et al., 1990; Gross, 1988; Zimmerman, 1979) ou qui connaissent un échec dans le processus d'individuation seront enclins à obtenir des résultats élevés à cette rubrique. Il est également possible d'observer l'anxiété de séparation et le manque d'interactions avec les pairs (Bendell et al., 1989). Si vous êtes en présence d'un enfant de 4 ans et plus, il est pertinent

d'interpréter les résultats de cette rubrique comme indication de problèmes d'obéissance, ou dans des cas extrêmes, comme le reflet de la présence de problèmes de la conduite (Webster-Stratton, 1988; Mash et Johnston, 1983)

Intervention : *Les parents peuvent profiter d'un programme d'entraînement, l'utilisation contingente des renforcements et à l'utilisation de la discipline. Des programmes comme celui de Rex Forehand, Working with the Non-Compliant Child, ou de France Capuano, modification du comportement de l'enfant à la maison, sont souvent utiles.*

Humeur de l'enfant

Un résultat élevé à cette rubrique est associé à des enfants qui montrent un fonctionnement affectif atteint. Cet enfant sera triste, dépressif et sera souvent en pleurs et ne montrera pas beaucoup de signes de joie ou de bonne humeur. Dans cette rubrique, lorsqu'on parle de pleurs, on ne parle pas des mêmes pleurs que dans la rubrique exigence. En présence de résultats extrêmes dans cette rubrique, il faut se pencher sur l'attachement parental à l'endroit de son enfant ainsi qu'à l'absence parentale ou à l'indisponibilité du parent en raison de consommation d'alcool et de drogue.

Distractivité de l'enfant/hyperactivité

Les résultats élevés dans cette rubrique sont attribuables à des enfants qui ont un déficit d'attention avec hyperactivité, catégorie du DSM III 314.01 (Barkley et. al, 1989; Breen et Brakley, 1986). Vous serez à même d'observer différents symptômes comportementaux dont l'inattention, la distraction, la turbulence, la difficulté à faire ses devoirs scolaires, une lacune de persévérance et le fait que l'enfant ne semble pas écouter. Il est possible de vérifier aisément ces caractéristiques avec l'observation des comportements. Quand l'observation des comportements ne confirme pas l'hypothèse principale, il faut considérer les hypothèses suivantes :

1. Le parent n'a peut être pas l'énergie nécessaire pour s'occuper d'un enfant normal.
2. Le parent est plus âgé et a un style de vie stable, il éprouve de la difficulté à s'adapter à l'enfant.
3. Le parent a des attentes déraisonnables à l'égard de l'enfant, il s'attend à ce que l'enfant ait des comportements matures semblables à ceux des adultes.

L'enfant renforce le parent

Un résultat élevé dans cette rubrique indique que le parent ne voit pas son enfant comme étant une source de gratification (Stewart et al., 1984). Les différentes interactions entre le parent et l'enfant ne permettent pas au parent de vivre un sentiment positif à l'égard de lui-même. Il est possible que le parent se sente rejeté par l'enfant. En l'absence de renforcement vous pourrez observer que le lien parent-enfant est en péril. Un résultat élevé à cette rubrique indique le besoin urgent d'une intervention rapide.

Intervention : *l'intervention passe par l'observation directe de l'interaction parent-enfant, cette observation devrait comprendre les cibles suivantes :*

1. Des raisons d'incapacité organiques ou neurologiques diminuent les capacités de réponse de l'enfant.
2. L'enfant est dépressif.
3. Le parent a de la difficulté à interpréter ou il est incapable d'interpréter les signaux qu'émet l'enfant.
4. Le parent projette des réponses négatives chez l'enfant parce qu'il est lui-même dépressif.

Interprétation de résultats élevés aux rubriques du domaine du parent

Si vous observez des résultats élevés dans le domaine du parent, cela indique que les sources de stress ainsi que les difficultés dans la relation parent-enfant sont liées aux dimensions du fonctionnement parental. L'analyse des résultats élevés à cette rubrique peut certes se faire de façon systématique, dans l'intention de mettre en lumière les aspects interactifs du système parent-enfant. Il est également pertinent d'analyser certains aspects du fonctionnement parental de façon indépendante. Les rubriques permettent de faire cette analyse. Le résultat du domaine du parent vous indique d'entreprendre une analyse plus exhaustive.

Les jeunes mères ou les mères qui n'ont eu que des liens très limités avec leur enfant ont une tendance à obtenir un résultat élevé dans le domaine du parent qui est en dessous du point de coupure clinique mentionnée précédemment (153 et +). Les rubriques qui constituent le résultat total du domaine du parent sont la dépression ainsi que le sentiment de compétence. Pour pouvoir considérer un résultat comme étant élevé dans le domaine du parent on doit référer au sentiment d'être dépassé ou inadéquat dans leur rôle de parent. Des résultats élevés aux rubriques: attachement, isolement social et relation conjugale, montrent l'augmentation du potentiel d'agression de l'enfant.

Intervention : Il est impératif que lorsqu'un professionnel entre en contact avec ces parents dans l'intention d'une intervention, que ce dernier soit sensible à leur frustration et qu'il n'augmente pas davantage leur sentiment d'adéquation, en amenant le sujet des problèmes associés à leur comportement à l'égard de leur enfant trop rapidement. Ces personnes ont besoin de développer un sentiment positif envers elles-mêmes. Si la situation le permet, il serait préférable que le thérapeute attende d'avoir consolidé l'image de soi du parent avant d'aborder les problèmes de l'enfant. Les parents qui ont eu des parents alcooliques sont plus à risque de développer des difficultés relationnelles avec leur enfant, ce risque augmente si les deux grands-parents étaient aussi alcooliques. Il faut également savoir que les mères ont tendance à se percevoir comme une source de stress davantage que ce qu'elle perçoit de leur enfant. Cela implique qu'une intervention devrait être centrée sur le parent et non sur l'enfant. Vous pourrez observer des résultats élevés dans le domaine du parent et le résultat total, mais pas dans le domaine de l'enfant.

Dépression/culpabilité du parent

Un résultat élevé dans cette rubrique indique que le parent est dépressif (Webster-Stratton, 1988). Les propositions sont comparables aux échelles construites pour dépister la dépression significative au plan clinique (Barkley et al., 1988; Breen et Barkley, 1988; McKinney et Peterson, 1986). Certaines rubriques sont en lien avec la culpabilité et les sentiments de malheur, néanmoins il faut être prudent dans l'interprétation de ces résultats, puisque ces sentiments montrent de l'insatisfaction personnelle ou des conditions de vie difficiles, cela ne constitue pas nécessairement des indices de dépression clinique. Il est prudent d'interpréter des résultats élevés à cette rubrique comme étant une indication que le parent trouve difficile de puiser l'énergie physique et physiologique nécessaire pour remplir ses responsabilités parentales. Le retrait de même que le manque d'affirmation et d'autorité à l'égard de l'enfant sont souvent concomitants (Webster-Stratton, 1988; Perez, 1989).

Intervention : *L'intervention appropriée est une thérapie individuelle qui permettra d'augmenter l'estime de soi du parent*

Attachement

Un résultat élevé indique que le parent ne sent pas qu'il a un lien affectif fort avec son enfant ou bien que le parent n'est pas compétent pour percevoir et interpréter les sentiments de son enfant et ses besoins. L'absence de lien affectif peut être un signe d'un modèle d'interactions caractérisées par des comportements froids (Abidin, 1982; Hamilton, 1988; Noppe et al., 1989). Dans le deuxième cas, vous pourrez observer que les parents vont présenter un faible niveau de supervision et de vigilance en lien avec les comportements de leur enfant.

Restriction imposée par le rôle parental

Un résultat élevé à cette rubrique indique que le parent voit son rôle parental comme étant une limite à sa liberté ainsi qu'une source de frustration en ce qui concerne le maintien de sa propre identité (Matthew, 1989). Les parents concernés par cette rubrique sentent qu'ils sont sous la commande des besoins et demandes de leur enfant. Dans une grande partie des cas le professionnel pourra déceler un certain ressentiment à l'égard de l'enfant ou du conjoint. La mère primipare, comparativement au père, rapporte une hausse rapide de ce résultat lors de l'année suivant l'accouchement (Stewart et al., 1984).

Intervention : *Dans une telle situation, l'intervention peut être difficile avec les parents, en raison d'un cycle colère-culpabilité. Le parent va sentir que les efforts de changement sont en vain et cela ne va qu'augmenter le sentiment de culpabilité. Le professionnel ne doit pas minimiser ce que le parent vit, sa situation réelle ainsi que les limites qui l'incombent dû à sa fonction parentale. Il est primordial d'établir le parent dans son rôle avant de se pencher sur les options qui s'offrent à lui.*

Sentiment de compétence parentale

Il y a différents facteurs qui peuvent mener à des résultats élevés. Il est raisonnable de s'attendre à observer des résultats plus élevés chez les jeunes parents qui ont un seul enfant que chez les parents multipares (Cowan et Cowan, 1986; Cowan et al., 1985).

Les parents qui n'ont pas une bonne compréhension des comportements de l'enfant, ou qui manquent d'habiletés de gestion des comportements de l'enfant, ou bien les parents qui n'ont pas énormément de connaissances pratiques du développement de l'enfant obtiendront des résultats élevés (Abidin et Wilfong, 1989; Mash et Johnston, 1983, Webster-Stratton et al., 1990). Les parents qui ne trouvent pas leur rôle (de parent) aussi renforçant qu'ils l'avaient prévu, vont avoir tendance à obtenir des résultats élevés (Mouton et Tuma, 1988). Ces parents ont le sentiment que leur enfant « en donne plus que ce qu'ils ont demandé » et ils en viennent parfois à se dire « que si c'était à refaire, je ne suis pas sûr que j'aurais un enfant ».

Un autre facteur qui peut être la source d'un résultat élevé est le manque d'acceptation de l'enfant par l'autre parent ainsi que les critiques de ce dernier. Il est plus probable que cela arrive si de surcroît la rubrique de la relation conjugale est élevée. De plus, si l'enfant est physiquement ou mentalement handicapé les probabilités d'obtenir un résultat élevé à cette rubrique augmentent (McKinney et Peterson, 1987; Kazak & Marvin, 1984; Stahlecker et al., 1986; Zimmerman, 1979; Krauss et al., 1989).

Intervention : *L'intervention la plus pertinente pour ces parents est un groupe de parents qui pourra leur offrir un soutien moral ainsi que des conseils sur la gestion des comportements de l'enfant. Les besoins de ces parents sont caractérisés par la validation personnelle ainsi que le soutien affectif.*

Isolement social

Un résultat élevé à cette rubrique indique que les parents vivent un stress relativement important qui mérite une intervention rapide. Vous pourrez observer que ces parents sont souvent isolés de leur pairs, de la parenté ou de tout autre réseau de soutien social. Leur relation avec leur conjoint sera distante et ne sera pas une source de réconfort ou même de soutien de la fonction parentale (Dubow, 1988; Greenberg, 1983; Kazak et Marvin, 1984; Matthews, 1989; Ryan et al., 1986).

Vous serez à même d'observer que les responsabilités du parent à l'égard de l'enfant auront tendance à être délaissées, de plus le potentiel de négligence significative de l'enfant est considérable. Un potentiel élevé du parent à la rubrique de restriction implique que le potentiel d'agression augmente. Une étude, qui porte sur le stress actuel des mères de milieux socioéconomiques faibles, d'Adamakos et al (1986) met en lumière le fait qu'il est possible de réduire le niveau du stress par l'augmentation du soutien social. Si vous agissez en tant que professionnel avec des parents isolés ou très stressés, il serait pertinent de recommander l'engagement du parent dans la communauté ainsi que de mettre l'emphase sur le renforcement des liens sociaux dans l'intention d'amoindrir les facteurs de risque de maltraitance.

Intervention : *Dans cette situation, le but de l'intervention est d'aider le parent à être en mesure de se sentir fier de son enfant ainsi que d'élargir ses liens avec autrui (Bristor, 1983). Il est préférable de débiter avec une approche individuelle ou de counseling puis ensuite se diriger vers l'intégration du parent dans un groupe de parents, plutôt que de brusquer l'intégration du parent.*

Relation conjugale

Un résultat élevé à cette rubrique indique que le parent manque de soutien affectif de la part de l'autre parent pour assumer la supervision de l'enfant. Dans certains cas cela provient de l'idée de la séparation trop stricte des rôles sexuels de la part du père qui considère que s'occuper de l'enfant est une tâche féminine (Cowan et Cowan, 1983; Kraus et al. 1989).

Dans la majorité des cas, vous pourrez plutôt observer une relation qui n'est pas positive et qui manque de soutien mutuel pour les soins de l'enfant entre la mère et le père de l'enfant. Ces indices sont symptomatiques d'une relation conjugale dysfonctionnelle (Hart, 1985; Smith & Abidin, 1986; Mcgaughey, 1986; Prinz et al., 1983). Habituellement, le parent de sexe opposé n'est pas enclin à endosser sa responsabilité parentale (Green, 1983). Le soutien du père, ses encouragements et l'acceptation dont il fait preuve dans son rôle paternel est un élément important dans la modération du stress de la mère, selon une étude de Smith & Abidin (1986), portant sur la relation entre la relation conjugale et le stress parental.

Intervention : *La première étape de l'intervention devrait se concentrer sur l'évaluation de la relation conjugale dans le but de déterminer vers où continuer l'intervention. Les femmes qui ont un résultat élevé à cette rubrique peuvent avoir besoin de renforcer leur affirmation personnelle ou même de thérapie conjugale. Dans ce cas, il faut sensibiliser les hommes à l'importance de leur soutien dans leur relation conjugale.*

Santé du parent

Les parents qui obtiennent des résultats élevés à cette rubrique connaissent une détérioration de leur santé. Cette détérioration peut provenir du stress parental ou même être un stress de plus en plus indépendant du système parent-enfant (Callahan, 1989; Wilfong, 1989; Abidin et Wilfong, 1989). Suite à une étude sur l'utilisation des soins de santé on connaît la possibilité que les mères à faible revenu qui ont un niveau de stress élevé tendent plus à utiliser des soins médicaux. Les mères qui ont un faible revenu et qui ont des maladies de manière répétitive ont un niveau de stress parental élevé. Donc, il serait plus profitable pour ces mères d'avoir un soutien en consultation que des soins médicaux.

***Intervention :** Évaluation de l'état de santé du parent.*

Références

- Abidin, R. R. (1976). Parenting stress model Unpublished manuscript, University of Virginia, Charlottesville, VA.
- Abidin, R. R. (1983a). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's Health Care*, 2, 70-73.
- Abidin, R. R. (1983b). Parenting stress index [Spanish, French, and Portuguese translations]. Lutz, FL:PAR.
- Abidin, R. R. (1990). Parenting stress index test manual (3rd ed.). Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Abidin, R. R. (1995). Parenting stress index professional manual (3rd ed.). Lutz, FL:PAR.
- Abidin, R. R., & PAR Staff (in press). Parenting stress index fourth edition software portfolio (Version 1.0) [Computer software]. Lutz, FL: PAR.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a Parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.
- Abidin, R. R., Flens, J. R., & Austin, W. G' (2012). The Parenting stress index (PSI): Forensic uses and limitations. In R. P. Archer (Ed.), *Forensic uses of clinical assessment instruments* (2nd ed., pp.297-328). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Abidin, R. R., & Wilfong, E. (1989). Parenting stress and its relationship to child health care. *Children's Health Care*, 18,11,4-176.
- Acton, R. G. (1989) . The detection of deception in child abusers. Unpublished manuscript, University of Calgary, Alberta, Canada.
- Adam, E. K., & Gunnar, M. R. (2001). Relationship functioning and home and work demands predict individual differences in diurnal cortisol patterns in women. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 189-208.
- Adamakos, H., Ryan, K., Ullman, D. G., Pascoe, I., Diaz, R., & Chessarc, I. (1986). Maternal social support as a predictor of mother-child stress and stimulation. *Child Abuse & Neglect*, 10,463-470.
- Affleck, G., Tennen, H., Rowe, J., Roscher, B., & Walker, L. (1989). Effects of formal support on mothers'adaptation to the hospital-to-home transition of high-risk infants: The benefits and costs of helping. *Child Development*, 60, 488-501.
- Ainsworth, M. D. S., Blehat M' C., Waters, C., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education (1999). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D' C., Shelton, T. L', & DuPaul, G. I. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Anderson, L. S. (2008). Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. *Nursing Research*, 57, 340-350.
- Ando, J., Nonaka, K., Ozaki, K., Sato, N., Fujisawa, K. K', Suzuki, K., ... Ooki, S. (2006). The Tokyo Twin Cohort Project: Overview and initial findings. *Twin Research and Human Genetics*, 9, 817-826.

- Aunos, M., Feldman M., & Goupil, G. (2008). Mothering with intellectual disabilities: Relationship between social support, health and well-being, parenting and child behaviour outcomes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21, 320-330.
- Barkley, R. A., Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., & Fletcher, K.E. (1992). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Mother-adolescent interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20, 263-288.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 32, 233-255.
- Butter, E. M., Mulick, I.A., & Metz, B. (2006). Eight case reports of learning recovery in children with pervasive developmental disorders after early intervention. *Behavioral Intervention* 21, 227-243.
- Bywater, T., Hutchings, J., Daley, D., Hinshaw, C., Yeo, S. T., Jones, K., ... Edwards, R. T. (2009). Long-term effectiveness of a parenting intervention for children at risk of developing conduct disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 31, 8-324.
- Cairney, J., Boyle, M. H., Offord, D. A., Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 442-449.
- Calam, R., Bolton, C., & Roberts, J. (2002). Maternal expressed emotion, attributions and depression and entry into therapy for children with behaviour problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 213-216.
- Callahan, J. F. (1989). Parenting stress and health care utilization (Unpublished doctoral dissertation). University of Virginia, Charlottesville, VA.
- Cazada, E. J., Eyberg, S.M., Rictu B., & Querido, J. G. (2004). Parenting disruptive preschoolers: Experiences of mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 203-213.
- Cameron, S. I., & Orr, R. R. (1989). Stress in families of school-aged children with delayed mental development. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 2, 137-144.
- Casady, A., Diener, M., Isabella, R., & Wright, C. (2001, April). Attachment security among families in poverty: Maternal, child, and contextual characteristics. Paper presented at the biennial conference of the Society for Research in Child Development, Minneapolis, MN.
- Castaldi, J. (1988). The relationship of maternal defensiveness to reported levels of parenting stress (Unpublished master's thesis). University of Virginia, Charlottesville, VA.
- Castaldi, J. (1990). Affective and cognitive patterns in the mother-child relationship during the second year of life (Unpublished doctoral dissertation), University of Virginia, Charlottesville, VA.
- Chavkin, D. E. (1986). Stress in mothers of eight- to twelve-year-old autistic and spina bifida children (Unpublished doctoral dissertation). Rutgers University, New Brunswick, NJ.
- Chazan-Cohen, R., Ayoub, C., Pan, B. A., Roggman, L., Raikes, H., McKelvey, L., ... Hart, A. (2007). It takes time: Impacts of Early Head Start that lead to reductions in maternal depression two years later. *Infant Mental Health Journal*, 28, 151-170.
- Chazan-Cohen, R., Raikes, H., Brooks-Gunn, J., Ayoub, C., Pan, B. A., Kisker, E.E., ... Fuligni, A.S. (2009). Low-income children's school readiness: Parent contributions over the first five years. *Early Education and Development*, 20, 958-977.
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 387-400.
- Cicchetti, D., & Walker, E. F. (2001). Stress and development: Biological and psychological consequences. *Development and Psychopathology*, 13, 413-418.

Combs-Orme, T., Cain, D. S., & Wilson, E. E. (2004). Domaternal concerns at delivery predict parenting stress during infancy? *Child Abuse I Neglect*,28,377-392.

Conners, C. K. (2004). *Conners' continuous performance test II (Version 5)*. North Tonawanda, NY Multi-Health Systems.

Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerct,J. A., Barnett, 8., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2006). Maternal depression and the experience of parenting in the second postnat at year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24, 121-132.

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1987). Men's involvement in parenthood: Identifying the antecedents and understanding the barriers. In P. W. Berman & F. A. Pederson (Eds.), *Men's transitions to parenthood: Longitudinal studies of early family experience* (pp. 1,45-17 4). I lillsdale, N|: Lawrence Erlbaum.

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1988). Who does what when partners become parents: Implications for men, women, and marriage, In R. J. Palkovitz & M. J' Sussman (Eds.), *Transitions to parenthood* (pp' 105- 131). New York, NY Haworth Press.

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W. S., Curtis-Boles, H., & Boles lil, A' J. (1985). Transition to parenthood: His, hers and their. *Journal of Family Issues*,6,451.-481.

Crawford, A.M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 40, 1182-1189 .

Fite, P. J., Greening, L., & Stoppelbein, L. (2008). Relation between parenting stress and psychopathic traits among children. *Behavioral Sciences I the Law*,26, 239-248.

Florsheim, P., Sumida, E., McCann, C., Winstanley, M., Fukui, R., Seefeldt, T., & Moore, D. (2003). The transition to parenthood among young African American and Latino couples: Relational predictors of risk for parental dysfunction . *Journal of Family Psychology*, 17,65-79.

Flory, V. (2004). A novel clinical intervention for severe childhood depression and anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* , 9,9-23'

Friars, P., & Mellor, D. (2007).Drop out from behavioral management training programs for ADHD: A prospective study. *Journal of Child and Family Studies*, 16,427-44r.

Garrison, W. T., & Earls, F. (1987). *Temperament and child psychopathology*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Gerson, A. C., Furth,S.L', Neu, A' M., & Fivush, B. A' (2004). Assessing associations between medication adherence and potentially modifiable psychosocial variables in pediatric kidney transplant recipients and their families. *Pedintric Transplantation*, 8, 543-550.

George, C., & Solomon, J. (1989)' Internal working models of caregiving and security of attachment at age six. *Infant Mental Health Journal*, 10, 222-237 .

Gioia, G. A.,Isquith, P. K., Guy, S. C', & Kenworthy, L. (2000). *Behavior rating inventory of executive function professional manual*. Lutz, FL: PAR'

Goldberg, S., Morris, P., Simmons, R.],, Fowler, R. S', & Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: A comparison of three groups of parents.*Journal of Pediatric Psychology*,15,347-358.

Golombok, S., Perry, 8., Burston, A., Murray, C', Mooney-Somers,],, Stevens, M., & Golding, J' (2003). Children with lesbian parents: A community study *Developmental Psychology* , 39 ,20-33.

- Golombok, S., Tasker, F., & Murray, C' (1997). Children raised in fatherless families from infancy: Family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers' *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 783-791..
- Goodman, I. F., & Cameron, J. (1978). The meaning of IQ constancy in young retarded children' *The Journal of Genetic Psychology*, 132, 109-119'
- Green, C. A. (1983). Transition to parenthood: Child characteristics as predictors of husband supportiveness (Unpublished master's thesis). University of Virginia, Charlottesville, VA'
- Grietens, H., De Haene, L., & Uytendaele, K' (2007). Cross-cultural validation of the child abuse potential inventory in Belgium (Flanders): Relations with demographic characteristics and parenting problems' *Journal of Family Violence*, 22, 223-229.
- Gross, A. L. (1988). The psychosocial impact of a handicapped child on the family. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 8(2-3), 97-110'
- Guisinger, S., Cowan, P. A', & Schulberg, D' (1989). Changing parent and spouse relations in the first year of remarriage of divorced fathers. *Journal of Marriage and Family*, 51, 445-456.
- Guralnick, M. J., Hammond, M. A., Neville, B', & Connor, R. T. (2008). The relationship between sources and functions of social support and dimensions of child- and parent-related stress. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 1138-1154.
- Hamilton, E. B. (1980). The relationship of maternal patterns of stress, coping and support to quality of early infant-mother attachment (Unpublished doctoral dissertation). University of Virginia, Charlottesville, VA'
- Hanson, M.J., & Hanline, M. F. (1990). Parenting a child with a disability: A longitudinal study of parental stress and adaptation. *Journal of Early Intervention*, 1.4, 234-248.
- Hart, N. J. (1985). Family system influences on the quality of infant-mother attachment (Unpublished doctoral dissertation). University of Virginia, Charlottesville, VA.
- Haskett, M. E., Ahern, L.S., Ward, C. S', & Allaire, J' C' (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index short form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 302-312'
- 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, 405-418.
- Hauenstein, E., Marvin, R., Snyder, A., & Clarke, W (1989). Stress in parents of children with diabetes mellitus. Unpublished manuscript, University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, VA'
- Knight, D. K., Hood, P. E., Logan, S'M., & Chatham, L. R. (1999). Residential treatment for women with dependent children: One agency's approach *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 339-351..
- Iftight, D. K., & Wallace, G. (2003). Where are the children? An examination of children's living arrangements when mothers enter residential drug treatment. *Journal of Drug Issues*, 33, 305-324.
- Kohnstamm, G.A., Bates, J. E., & Rothbart, M' K' (Eds.). (1989). *Temperament in childhood* Chichester, England: Wiley.
- Korn, S. J. (1984). Continuities and discontinuities in difficult/easy temperament: Infancy to young adulthood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 30, 189-199'
- Krauss, M. W. (1993). Child-related and parenting stress: Similarities and differences between mothers and fathers of children with disabilities *American Journal on Mental Retardation*, 97, 393-404.
- Krauss, M.W., Upshur, C. C., Shonkoff, I.P', & Hauser-Cram, P. W. (1993). The impact of parent groups on mothers of infants with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 17, 8-20.

Lacharid, C., Ethier, L. S., & Couture, G. (1999). Sensitivity and specificity of the Parenting Stress Index in situations of child maltreatment. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 31, 217-220

LaFiosca, T., & Loyd, B. H. (1986). Defensiveness and the assessment of parental stress and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 254-259.

Lawrence, E. C. (1982). The relationship between husband supportiveness and wife's adjustment to motherhood (Unpublished doctoral dissertation). University of Virginia, Charlottesville, VA.

Lazants, R. S. (1966). Psychological stress and the coping Mlitymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R' K., & Tamminen, T. (2006). Mother's early perception of her infant's difficult temperament, parenting stress and early mother-infant interaction. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 379-386.

Margalit, M., & Kleitman, T. (2006). Mother's stress, resilience and early intervention. *European Journal of Special Needs Education*, 21, 269-283.

Martin, R. P., Olejnik, S., & Gaddis, L. (1994). Is temperament an important contributor to schooling outcomes in elementary school? Modeling effects of temperament and scholastic ability on academic achievement. In W. B. Carey & S' C. McDevitt (Eds.), *Prevention and early intervention: Individual differences as risk factors for the mental health of children: A festschrift for Stella Chess and Alexffider Thomas* (pp. 59-68). New York, NY Brunner/Mazel.

Mash, E. J., & Johnston, C. (1983a). 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, 86-99.

Mash, E. J., & Johnston, C. (1983b). The prediction of mothers' behavior with their hyperactive children during play and task situations. *Child and Family Behavior Therapy*, 5(2), 1-14.

Mash, E. J., & Johnston, C' (1983c). Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 91-99. 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, 337-346.

Matthews, L. G. (1989). Parenting stress, role conflict and husband supportiveness in dual career families with preschool-aged children (Unpublished doctoral dissertation). University of Virginia, Charlottesville, VA.

Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S' L., & Rogosch, F A (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 685-703.

McCarty, C., Waterman, J., Burge, D., & Edelstein, S' B' (1991). Experiences, concerns, and service needs of families adopting children with prenatal substance exposure: Summary and recommendations. *Child Welfare*, 78, 561-577. process. New York, NY McGraw Hill. Leigh, 8., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24.

Leung, S. S. L., Leung, C., & Chan, R. (2007). Perceived child behaviour problems, parenting stress, and marital satisfaction: Comparison of new arrival and local parents of preschool children in Hong Kong' *Hong Kong Medical Journal*, 13, 364-371.

MacInnis, S. (1984). The relationship between maternal beliefs about childrearing and maternal discipline/annoyance: Implications for physical child abuse (Unpublished master's thesis). University of Calgary,

Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 598-605.

- Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Erickson, D. B., & Totty, S. W. (2004). Parent-child interaction therapy: One- and two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 263-271.
- Noppe, I. C., Noppe, L. D., & Hughes, F. P. (1989). Stress is a predictor of the quality of parent-infant interactions. Unpublished manuscript, University of Wisconsin-Green Bay, Green Bay, WI.
- Olafsen, K. S., Ronning, I. A., Dahl, L. S., Ulvund, S. E., Handegird, B. H., & Kaasen, P. I. (2007). Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 499-509.
- Oxford, M. L., & Jungeun, O. L. (2011). The effect of family processes on school achievement as moderated by socioeconomic context. *Journal of School Psychology*, 49, 597-612.
- Pan, B. A., Rowe, M. L., Singer, J. D., & Snow, C. E. (2005). Maternal correlates of growth in toddler vocabulary production in low-income families. *Child Development*, 76, 763-782.
- Papp, L. M., Cummings, M. E., & Goeke-Morey, M. C. (2008). Parental psychological distress, parent-child relationship qualities, and child adjustment: Direct, mediating, and reciprocal pathways. *Parenting: Science and Practice*, 5, 259-283.
- Park, U. I. (1995). Patterns of infant-mother attachment and related variables. *Korean Journal of Child Studies*, 16, 113-131.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Paulussen-Hoogbeem, M. C., Stams, G. J. M., Hermans, J. M. A., Peetsma, T. T. D., & van den Wittenboer, G. L. H. (2008). Parenting style as a mediator between children's negative emotionality and problematic behavior in early childhood. *The Journal of Genetic Psychology*, 169, 209-226.
- Perez, L. L. (1989). Maternal depression, parenting stress, social support, and coping mechanisms: A comparison of Puerto Rican clinic and non-clinic latency-age boys (Unpublished doctoral dissertation). New York University, New York, NY.
- Phipps, S., & Drotal, D. (1990). Determinants of parenting stress in home apnea monitoring. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 385-400.
- Plomin, R., & McClearn, G. E. (Eds.) (1993). *Nature, nurture and psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pokorni, J. L., & Percy, B. (1988). Patterns of stress in families with chronically ill and medically fragile infants. Unpublished manuscript, Pacific Institute for Research and Evaluation, Calverton, MD.
- Probst, J. C., Wang, J.-Y., Martin, A. S., Moore, C. G., Paul, B. M., & Samuels, M. E. (2008). Potentially violent disagreements and parenting stress among American Indian/Alaskan native families: Analysis across seven states. *Maternal and Child Health Journal*, 12(Suppl. 1), 91-102.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rahe, R. H. (1974). The pathway between subjects' recent life changes and their near-future illness reports: Representative results and methodological issues. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events* (pp. 73-86). New York, NY: Wiley.
- Raver, C. C., Gershoff, E. T., & Aber, J. L. (2007). Testing equivalence of mediating models of income, parenting, and school readiness for white, black, and Hispanic children in a national sample. *Child Development*, 78, 96-115.
- Reitman, D., Currier, R. O., & Stickle, T. R. (2002). A critical evaluation of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a Head Start population. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 31, 384-392.

- Reynolds, C. R. & Kamphaus, R. W. (1992). Behavior assessment system for children Circle Pines, MN: American Guidance.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Friedman, M' (2006) Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and Social Psychology Bulletin*,32, 275-285.
- Roberts, G. E. (2005). Roberts apperception test for children (2nd,ed.). Torrance, CA: Western Psychological Services.
- Rodenburg, R., Meijer, A. M., Dekovic, M., & Aldenkamp, A. P. (2b05). Family factors and psychopathology in children with epilepsy: A literature review *Epilepsy Behavior*,6,488-503.
- Stoiber, K. C., & Houghton, T. G. (1993)' The relationship of adolescent mothers' expectations, knowledge, and reliefs to their young children's coping behavior. *infant Mental Health Journal*, L4,61.-79.
- Suchman, N. E., & Luthar, S. S' (2001)' The mediating role of parenting stress in methadone-maintained mothers' parenting. *Patenting: Science and Practice*, L,285-31.5.
- Tam, K.-K., Chan, Y.-C., & Wong, C.-K. M. (1994). Validation of the parenting stress index among Chinese mothers in Hong Kong *Journal of Community Psychology*, 22, 211'-223 -
- Tarkka, M.-T. (2003). Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 41-, 233-240.
- Taylor, C. A., Guterman, N. B., Lee, S. I., & Rathouz, P, J. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health*, 99, 775-183.
- Telleen, S.,Heruog, A., & Kilbane, T. L. (1989). Impact of a family support program on mothers'social support and parenting stress. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 410-419.
- Tervo, R. (2010). Attention problems and parent-rated behavior and stress in young children at risk for developmental delay. *Journal of Child Neurology* , 25 , 1325-1330.
- 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 Devel opment*, 62,918-929.
- Teti, D. M., Gelfand, D.M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*,31,364-376.
- Teti, D. M., Nakagawa, M', Das, R., & Wirth, O. (1991)' Security of attachment between preschoolers and their mothers: Relations among social interaction, parenting stress, and mother's sorts of the attachment Q-set. *Developmental Psychology*, 27 , 440-447.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G' (1968). Temperament and behavior disorders in children. New York, NY New York University Press.
- Timmer, S. G., BorreSoJr',], & Urquiza, A'1.Q002) Antecedents of coercive interactions in physically abusive mother-child dyads. *Journal of Interpersonal Violence*,IT ,836-853.
- Timmer, S. G., Urquiza, A.I.,Herschell, A. D., McGrath, J. M, Zebell, N. M., Porter, A. L., & Vargas, E' C' (2006). Parent-child interaction therapy: Application of an empirically supported treatment to maltreated children in foster care. *Child Welfare*, 85,919'
- Timmer, S. G., Sedlar, G., & Urquiza, A. I. (2004) Challenging children in kin versus nonkin foster care: Perceived costs and benefits to caregivers' *Child Maltreatment*, 9 , 251-262.
- Tripp, G., Schaughency, E. A', Langlands, R', & Mouat k. (ZOOZ). Family interactions in children with and without ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 16,385-400.

Trute, S., & Hiebert-Murphy, D. (2002). Family adjustment to childhood developmental disability: A measure of parent appraisal of family impacts. *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 271-280

Tzang, R.-F., Chang, Y.-C., & Liu, S.-I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13*, 318-325

Upshur, C. C. (1988). Measuring parent outcomes in family program evaluation. In H. B. Weiss & F. H. Jacobs (Eds.), *Evaluating family programs* (pp. 131-152). New York, NY: A. de Gruyter.

U.S. Census Bureau. (2007). *Current population survey, March 2007*. Washington, DC: U.S. Department of Commerce.

Valsiner, J. (1988). *Developmental psychology in the Soviet Union*. Bloomington, IN: Indiana University Press

Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2008). Prosocial and antisocial behavior in preadolescence: Teachers' and parents' perceptions of the behavior of girls and boys. *International Journal of Behavioral Development, 32*, 243-251.

Vermaes, I. P. R., Janssens, I. M. A. M., Mullaart, R. A., Vinck, A., & Gerris, I. R. M. (2008). Parents' personality and parenting stress in families of children with spina bifida. *Child: Care, Health Development, 34*, 665-674.

Victor, A. M., Bernat, D. H., Bernstein, G. A., & Layne, A. E. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 835-848

Tableau d'équivalence pour l'utilisation des tableaux de normes américaines de l'ISP 4

Noms anglais	Abréviations anglaises	Noms français	Abréviations françaises
Child Domain	CD	Domaine de l'Enfant	Domaine de l'Enfant-DE
Distractibility / Hyperactivity	DI	Hyperactivité / Distraction	HY
Adaptability	AD	Adaptabilité	AD
Reinforces Parent	RE	Renforcement	RE
Demandingness	DE	Exigences	EX
Mood	MO	Humeur	HU
Acceptability	AC	Acceptabilité	AC
Parent Domain	PD	Domaine du Parent	Domaine du Parent- DP
Competence	CO	Sentiment de compétence	CO
Isolation	IS	Isolement social	IS
Attachment	AT	Attachement	AT
Health	HE	Santé du parent	SA
Role Restriction	RO	Restrictions du rôle de parent	RO
Depression	DP	Dépression	DP
Spouse / Parenting Partner Relationship	SP	Relation conjugale	RC
Total Stress	TS	Stress Total	Stress Total
Life Stress	LS	Stress de vie	Stress de vie