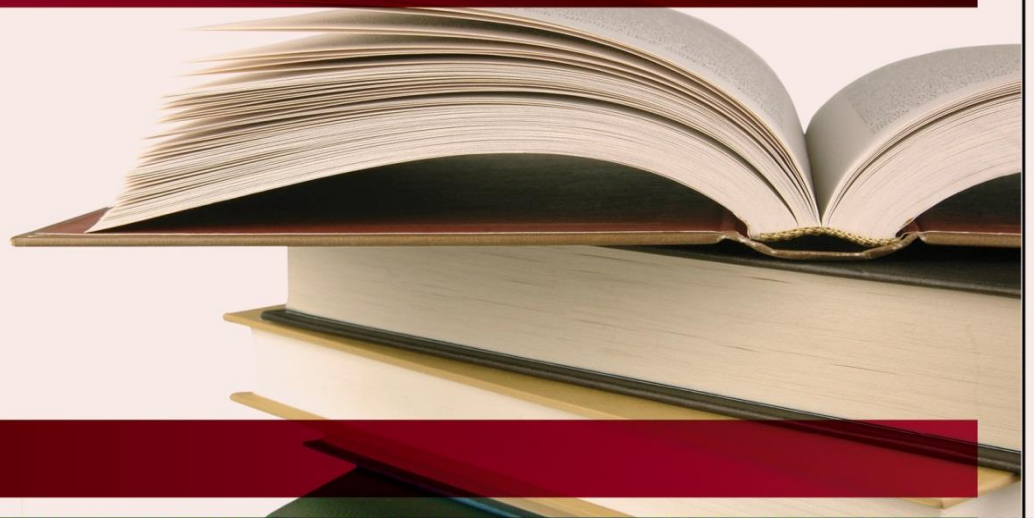




Centre jeunesse  
de Québec

Institut universitaire

# L'efficacité de l'approche Triple P pour améliorer les habiletés parentales et diminuer les troubles de comportements chez les enfants de 0-12 ans



Rapport de réponse rapide préparé par :

**Eve-Line Bussières**, MPs, PhD, MSc (ETMI)  
Chercheuse en établissement

**Caroline Perron**, BSc, MSc (c)  
Auxiliaire de recherche

**Judith Bourgoïn**, MSc  
Auxiliaire de recherche

Unité d'évaluation des technologies et des modes  
d'intervention en services sociaux

Direction des services professionnels  
et des affaires universitaires

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Janvier 2015





L'efficacité de l'approche Triple P pour améliorer  
les habiletés parentales et diminuer les troubles  
de comportements chez les enfants de 0-12 ans

Rapport de réponse rapide

Ce document a été élaboré par :

Eve-Line Bussières, MPs, PhD, MSc (ETMI)  
Chercheuse en établissement

Caroline Perron, BSc, MSc (c)  
Auxiliaire de recherche

Judith Bourgoin, MSc  
Auxiliaire de recherche

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux  
Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire  
Décembre 2014

### **Comment citer ce document**

Bussières, E.L., Perron, C., & Bourgoin, J. (2014). L'efficacité de l'approche Triple P pour améliorer les habiletés parentales et diminuer les troubles de comportements chez les enfants de 0-12 ans. Rapport de réponse rapide. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux. Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire (CJQ-IU).

### **Financement**

Ce projet a été financé à même le budget de fonctionnement de l'UETMISS du CJQ-IU.

### **Conflits d'intérêts**

Les auteurs ne rapportent aucun conflit d'intérêts.

Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Production : © Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire  
Direction des services professionnels et des affaires universitaires  
2915, avenue du Bourg-Royal  
Québec (Québec) G1C 3S2

Téléphone : 418 661-6951

Télécopieur : 418 661-5102

Site Internet : [www.centrejeunessedequbec.qc.ca](http://www.centrejeunessedequbec.qc.ca)

# Table des matières

1.	Contexte théorique .....	1
2.	Questions .....	3
2.1	Questions décisionnelles.....	3
2.2	Question d'ETMI .....	3
3.	Méthode .....	3
3.1	Stratégie de la recherche documentaire.....	3
3.2	Critères d'inclusion.....	4
3.3	Critères d'exclusion.....	4
3.4	Sélection des études.....	4
3.5	Évaluation de l'éligibilité.....	4
3.6	Résultats de la recherche documentaire .....	4
3.7	Évaluation de la qualité des études .....	5
3.8	Extraction des données.....	6
4.	Résultats .....	6
4.1	Étude d'Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et Feldman (2008).....	6
4.2	Étude d'Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et Naumann (2010).....	7
5.	Constats et conclusion .....	8
	Références .....	11

## Tableaux et annexes

Tableau 1.	Critères d'inclusion.....	4
Tableau 2.	Évaluation du risque de biais dans les études primaires identifiées .....	5
Tableau 3 :	Tailles d'effet <i>intergroup</i> pour les deux études incluses en fonction de chaque mesure dépendante et selon l'informateur.....	8
Annexe 1 :	Études incluses.....	13
Annexe 2 :	Études exclues .....	17
Annexe 3 :	Grille d'évaluation de la qualité (SIGN) .....	29
Annexe 4 :	Grille d'évaluation du risque de biais (Cochrane Collaboration) .....	33
Annexe 5 :	Tableau de résultats de la méta-analyse de Thomas et Zimmer-Gembeck (2007) .....	37
Annexe 6 :	Résultats (analyse de modérateurs) de la méta-analyse de Nowak & Heinrichs (2008).....	39



# 1. Contexte théorique

Les relations familiales en général, et les relations parent-enfant en particulier, ont une influence majeure sur le bien-être psychologique, physique et social de l'enfant (Moss, St-Laurent, Cyr, & Humber, 2008). L'importance du rôle parental dans la réduction et la prévention des problèmes de comportement de l'enfant est bien établi et a d'ailleurs conduit au développement d'une variété d'interventions à l'intention des parents (Blader, 2006; Brookman-Frazee, Stahmer, Baker-Ericzén, & Tsai, 2006). Développé par le Dr Matthew Sanders et ses collègues au *Parenting and Family Support Center*, à l'École de psychologie de l'Université du Queensland en Australie, le programme d'éducation parentale Triple P-Pratiques Parentales Positives (*Positive Parenting Program*) est axé sur la prévention et le développement de stratégies de soutien à la famille (Sanders, 1999; Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000). Ce programme vise à prévenir les problèmes comportementaux, développementaux et affectifs sévères chez l'enfant par le biais du développement de connaissances et d'habiletés chez les parents (Sanders, 1999; de Graaf, Speetjens, Smit, de Wolff, & Tavecchio, 2008).

Triple P est conçu sur la base d'une approche éducative de promotion des compétences parentales (Gagné, 2013; Sanders, 1999; Sanders, Cann, & Markie-Dadds, 2003). Selon le modèle d'apprentissage social des interactions parent-enfant, c'est par le biais d'un processus d'autorégulation que les parents acquièrent des compétences pour modifier leurs propres comportements, diminuer les patterns interactionnels dysfonctionnels et renforcer positivement l'enfant (de Graaf *et al.*, 2008; Patterson, 1982 cité dans Sanders *et al.*, 2003; Sanders, 1999). Spécifiquement, le programme Triple P est conçu pour les parents d'enfants de la naissance à l'âge de seize ans, en distinguant cinq périodes de développement : petite enfance (*infancy*), jeune enfance (*toodler*), âge préscolaire (*preschoolers*), âge scolaire ou préadolescence (*primary schoolers* ou *preadolescence*) et adolescence (*adolescence*) (Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Le programme cible trois objectifs distincts, soit : améliorer les connaissances, les compétences, la confiance, l'autosuffisance et la mise à profit des ressources chez les parents; promouvoir un environnement stimulant, sécuritaire, attrayant et à faible niveau de conflit pour les enfants; promouvoir le développement social, affectif, langagier, intellectuel et comportemental de l'enfant à travers des pratiques parentales positives (Nowak & Heinrichs, 2008; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). En outre, cinq principes de pratiques parentales positives représentent les fondements du programme, soit : (1) assurer un environnement sécuritaire et stimulant, (2) créer une ambiance positive favorisant les apprentissages, (3) utiliser une discipline avec assurance, (4) avoir des attentes réalistes envers les capacités de l'enfant et (5) prendre soin de soi en tant que parent (Petitclerc & Braun, 2009; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003).

Sous une perspective globale de la santé de la population, le programme Triple P s'inscrit comme un système d'intervention familiale à cinq niveaux conçus pour offrir différents types de soutien aux familles, variant selon l'intensité des difficultés comportementales des enfants, les besoins spécifiques des parents et le niveau de dysfonctionnement familial (de Graaf *et al.*, 2008; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). La stratégie de ces paliers permet de maximiser l'efficacité, de contrôler les coûts liés à la mise en place du programme, d'éviter de surintervenir et de desservir une grande partie de la communauté (Gagné, 2013; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003).

Le premier niveau, appelé Triple P « universel », cible tous les parents intéressés par des informations sur le développement de leur enfant et sur les pratiques parentales positives (Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). C'est par le biais d'une campagne promotionnelle médiatique (publicité à la télévision et à la radio, matériel publicitaire imprimé, communiqués de presse, etc.) que le coordonnateur met en place le programme destiné à l'ensemble de la communauté (Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003).

Le deuxième niveau, appelé Programme Triple P « sélectif », touche les parents ayant des préoccupations spécifiques à propos du développement de leur enfant ou de certains comportements problématiques de gravité faible à modérée (Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). Ce niveau peut s'articuler de trois façons, c'est-à-dire par des séminaires éducatifs publics, par une à deux brèves rencontres individuelles avec un intervenant pour obtenir des conseils, ou encore de façon autonome par l'apprentissage didactique à l'aide de fiches-conseil (Gagné, 2013; Petitclerc & Braun, 2009; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). Ces services sont

offerts dans un contexte de première ligne ou de services communautaires (ex. : CLSC, services de garde, écoles primaires, organismes communautaires).

Le troisième niveau, appelé Programme Triple P « première ligne » ou encore « soins primaires », vise les parents ayant des préoccupations précises à propos du développement de leur enfant ou de certains comportements problématiques de gravité faible à modérée et qui nécessitent une assistance professionnelle active visant l'acquisition de compétences (Gagné, 2013; Petittclerc & Braun, 2009; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). Brièvement, ce niveau de Triple P se décrit comme un programme de thérapie brève (entre une à quatre séances avec un intervenant de services de première ligne) combinant des conseils pratiques et de l'entraînement aux habiletés et pratiques parentales en lien avec la gestion des comportements problématiques de l'enfant (Petittclerc & Braun, 2009; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003).

Le quatrième niveau, le Programme Triple P « standard », cible les parents d'enfants ayant des problèmes comportementaux plus sévères, ou encore ceux nécessitant et désirant une assistance professionnelle intensive dans le développement de pratiques parentales positives (Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). L'enseignement transmis peut se faire sous trois modalités d'intervention. D'abord, le format dit standard se détaille comme un programme intensif pouvant aller jusqu'à douze rencontres hebdomadaires focalisant sur les interactions parent-enfant et la mise en application de compétences parentales sur un large éventail de comportements problématiques graves de l'enfant (ex. : comportements d'agressivité, un trouble oppositionnel avec provocation ou des difficultés d'apprentissage) (Petittclerc & Braun, 2009; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). Des visites à la maison ou des séances d'observation clinique sont possibles à ce niveau. Le format de groupe est également disponible (quatre séances de groupe et quatre séances téléphoniques avec l'intervenant) et vise l'accompagnement des parents dans l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. Enfin, le format autoadministré en ligne est idéal pour les familles motivées à travailler d'elles-mêmes ou bien celles dont l'accès à une clinique est difficile (Petittclerc & Braun, 2009; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003).

Le cinquième et dernier niveau, dit Triple P « renforcé », cible les parents d'enfant ayant des problèmes de comportements en concomitance avec un important dysfonctionnement familial (Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003), ou encore les parents desquels les facteurs d'adversité familiale n'ont pas été résorbés dans un niveau d'intervention antérieur (Gagné, 2013; Sanders, 1999). Ce niveau se décrit comme un programme intensif basé sur des modules incluant des visites à la maison pour améliorer les compétences parentales, un apprentissage de stratégies d'adaptation au stress et de gestion des émotions et un enseignement de stratégies de soutien mutuel entre parents (Gagné, 2013; Sanders, 1999; Sanders *et al.*, 2003). Il existe un sous-format du Triple P « renforcé », soit le Triple P « de cheminement », qui s'inscrit comme une intervention spécifiquement adaptée à la clientèle en protection de la jeunesse ayant un risque élevé de maltraitance. Trois modules y sont enseignés en groupe ou individuellement, soit comment éviter les pièges parentaux, faire face à la colère et maintenir les acquis (Gagné, 2013).

Selon Nowak et Heinrichs (2008), Triple P se démarque des autres programmes d'éducation parentale en ce qui a trait à sa structure élaborée, à sa large diffusion et à son adoption dans seize pays. Originellement conçu en anglais, la traduction du programme en plusieurs langues, dont en français, est aujourd'hui disponible (Gagné, 2013). Aux États-Unis, dans les États où Triple P est implanté, les résultats recensent des effets positifs sur les taux de maltraitance des enfants (rapporté par les intervenants du service de protection à l'enfance), les placements hors famille (rapporté par le système de placement familial) et les hospitalisations ou consultations en urgence pour blessures liées aux mauvais traitements des enfants (rapporté par l'équipe médicale, dans le respect des exigences de déclaration obligatoire de l'État pour les hôpitaux), et ce, en comparaison à un groupe contrôle (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009). En Australie, les résultats rapportés par les parents suggèrent que le système d'intervention Triple P est associé à une diminution des pratiques parentales coercitives de même qu'à des réductions significatives de problèmes émotionnels et de détresse psychosociale, et ce, tant chez les enfants que chez leurs parents. Toutefois, aucun effet d'intervention n'est observé pour les troubles des conduites, l'hyperactivité et les relations difficiles avec les pairs (Sanders *et al.*, 2008).



Comme le soulignent certains auteurs, le support empirique autour de Triple P apparaît comme vaste, avec plus de deux cents publications, un nombre important d'essais randomisés publiés et quelques méta-analyses publiées à ce jour (Nowak & Heinrichs, 2008; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007; Wilson *et al.*, 2012). Toutefois, bien que ces méta-analyses rapportent des effets positifs chez les enfants, une seule d'entre elles a évalué le risque de biais présent dans les études primaires incluses (Wilson *et al.*, 2012). Autrement, seul l'effet modérateur attribuable aux différents informateurs (parents, professeurs, observateur indépendant) a été pris en compte par quelques-unes d'entre elles (Nowak & Heinrichs, 2008; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). D'ailleurs, lorsque cette variable modératrice est prise en compte, on observe une importante diminution des tailles d'effet lorsque la mesure est effectuée par un observateur indépendant plutôt que le parent, menant parfois même à des tailles d'effet nulles (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007).

D'autres problèmes méthodologiques dans la littérature sur Triple P ont été soulevés par les auteurs de ces méta-analyses, comme le fait que la presque totalité des études évaluant l'efficacité de Triple P a été effectuée par des personnes affiliées à Triple P International, sans que ce conflit d'intérêts ne soit divulgué (Wilson *et al.*, 2012). De plus, la majorité des données recensées fait état de l'évaluation d'un niveau à la fois, alors que pour être qualifiés de programme prometteur, les cinq paliers de Triple P doivent être implantés dans une communauté (Blueprints for Healthy Youth Development, 2014). La plupart des études recensées rapportent l'efficacité des interventions de groupe Triple P au niveau quatre principalement, mais également au niveau cinq (de Graaf *et al.*, 2008; Nowak & Heinrichs, 2008; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007; Wilson *et al.*, 2012). La synthèse des résultats des autres niveaux d'intervention de Triple P semble limitée (Wilson *et al.*, 2012).

En résumé, malgré le grand nombre d'études ayant porté sur l'approche Triple P, il subsiste des questionnements quant à sa réelle efficacité, notamment en lien avec les limites méthodologiques des études sur lesquelles sont basés les constats d'efficacité. Dans ce contexte, une question a été adressée à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) du CJC-IU quant à la nature des évidences entourant l'efficacité de l'approche Triple P.

## **2. Questions**

### **2.1 Questions décisionnelles**

Quelle est la nature des évidences autour de l'efficacité du programme Triple P?

### **2.2 Question d'ETMI**

Quelle est l'efficacité du programme Triple P, en comparaison avec un groupe contrôle, pour améliorer les comportements parentaux et réduire les troubles comportementaux chez les enfants de 0-12 ans?

## **3. Méthode**

### **3.1 Stratégie de la recherche documentaire**

Les revues systématiques avec ou sans méta-analyses, ainsi que les essais cliniques randomisés (ECR), ont été recherchés au moyen de trois bases de données, soit PsycInfo, Medline et Embase. Pour chacune d'entre elles, les mots suivants ont été employés : Triple P, positive parenting, parent training program, meta-analysis, systematic review, RCT et efficac\*. De plus, les articles devaient avoir été publiés entre les années 1994 et 2014. Afin de rendre plus exhaustive la recherche, les références de quatre méta-analyses ont été consultées afin d'y repérer les articles correspondant aux critères de recherche uniquement (de Graaf *et al.*, 2008; Nowak & Heinrichs, 2008; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007; Wilson *et al.*, 2012). Enfin, une recherche a également été effectuée dans la littérature grise.

### 3.2 Critères d'inclusion

Afin de pouvoir être incluses dans le rapport, les études devaient répondre aux critères suivants.

**Tableau 1. Critères d'inclusion**

<b>P</b>	Parents d'enfants de 0-12 ans
<b>I</b>	Programme Triple P (niveau 4 et 5 seulement)
<b>C</b>	Groupe de comparaison sans intervention et sans service
<b>O</b>	Parent : habiletés parentales Enfant : adaptation, comportement
<b>T</b>	1994-2014
<b>S</b>	Amérique du Nord, Europe de l'Ouest, Australie et Nouvelle-Zélande

### 3.3 Critères d'exclusion

Les études étaient exclues si elles ne satisfaisaient pas ces critères d'inclusion, par exemple si elles portaient sur un autre programme d'habiletés parentales que Triple P ou si le groupe de comparaison recevait une intervention ou des services. Les études qui incluaient des échantillons cliniques étaient également exclues (ex : un enfant ayant un trouble de santé mentale, un trouble du spectre autistique, un trouble alimentaire, un enfant né prématurément, un enfant ayant un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, etc.) tout comme les études destinées aux parents séparés ou divorcés. Les études évaluant l'efficacité d'autres versions de Triple P, comme la version *Stepping Stones* s'adressant à des parents d'enfants ayant un handicap, la version *Gifted and Talented Group Triple P* pour les enfants doués, le *Culturally tailored Group Triple P* visant spécifiquement les populations autochtones et la version *Workplace Triple P* pour les parents qui éprouvent des difficultés au travail et à la maison étaient donc exclues.

### 3.4 Sélection des études

La sélection des documents identifiés lors de la recherche documentaire a été effectuée par une professionnelle (C.P.) et validée par la chercheuse en ETMI (E.-L.B). Les désaccords ont été réglés par consensus.

### 3.5 Évaluation de l'éligibilité

L'évaluation de l'éligibilité des articles retenus a été effectuée par une professionnelle (C.P.) et validée par la chercheuse en ETMI (E.-L.B) en fonction des critères d'éligibilité déterminés au préalable (voir tableau 1, PICOTS).

### 3.6 Résultats de la recherche documentaire

Parmi les recherches effectuées sur les trois bases de données, 257 articles différents ont été obtenus. De ce nombre, 85 articles étaient en lien avec le programme Triple P. Après une lecture plus approfondie des articles, six études répondaient à nos critères d'inclusion (Bodenmann, Cina, Ledermann, & Sanders, 2008 ; Gallart & Matthey, 2005; Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram, & Naumann, 2010; Hahlweg, Heinrichs, Kruscher, & Feldman, 2008; Matsumoto, Sofronoff, & Sanders, 2007; Sanders, Baker, & Turner, 2012). En regardant la liste de références des quatre méta-analyses, quatre autres études ont pu être ajoutées (Connell, Sanders, & Markie-Dadds, 1997; Markie-Dadds & Sanders, 2006; Morawska & Sanders, 2006; Sanders *et al.*, 2000), pour un total de dix articles. Tous les articles retenus sont des essais cliniques randomisés (ECR). Lorsque deux articles avaient le même échantillon, un seul article était retenu (celui comprenant le plus de participants). Cette procédure a été utilisée afin d'éviter que des participants soient comptabilisés deux fois en raison d'échantillons qui se chevauchent. Pour la description des études incluse (annexe 1). La liste des études exclues se trouve à l'annexe 2.

### 3.7 Évaluation de la qualité des études

L'évaluation de la qualité des études et du risque de biais a été effectuée par deux professionnelles (J.B. et C.P.) et a été validée par la chercheuse en ETMI (E.-L.B). La qualité des études a été effectuée à l'aide de la grille *Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2* (SIGN) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2014) pour les essais contrôlés randomisés (Annexe 3). Cette grille est divisée en deux sections : la première comprend 10 questions portant sur la validité interne tandis que la seconde section, de nature qualitative, porte sur l'évaluation de l'étude de manière plus générale, incluant les éléments associés au risque de biais. Pour baliser l'analyse du risque de biais, la grille de la *Cochrane Collaboration* a été utilisée (annexe 4). Le détail de l'évaluation du risque de biais est présenté dans le tableau suivant, et est explicité en détails à la section 5.

**Tableau 2. Évaluation du risque de biais dans les études primaires identifiées**

	Biais de sélection	Biais de performance	Biais lié à l'attrition	Biais de détection	Biais de reporting	Conflit d'intérêt	Inclus dans la revue systématique
Bodenman, Cina, Ledermann et Sanders (2008)	Faible risque (SES) Pas clair (randomisation)	Pas clair	Faible risque	Haut risque	Faible risque Haut risque (objectif 1)	Haut risque	Non
Connell, Sanders et Markie-Dadds (1997)	Faible risque	Haut risque	Haut risque	Haut risque	Faible risque	Haut risque	Non
Gallart et Matthey (2005)	Haut risque (SES) Pas clair (randomisation)	Faible risque	Faible risque	Haut risque	Faible risque	Faible risque	Non
Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram et Naumann (2010)*	Faible risque (SES) Pas clair (randomisation)	Pas clair	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Oui
Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et Feldmann (2008)*	Faible risque (SES + pré-test) Pas clair (randomisation)	Pas clair	Faible risque	Haut risque	Faible risque	Faible risque	Oui
Markie-Dadds et Sanders (2006)	Faible risque (SES) Pas clair (randomisation)	Pas clair	Faible risque	Haut risque	Faible risque	Haut risque	Non

Matsumoto, Sofronoff et Sanders (2007)	Faible risque (SES + pré-test) Pas clair (randomisation)	Pas clair	Faible risque	Haut risque	Faible risque	Haut risque	Non
Morawska et Sanders (2006)	Faible risque (randomisation) Haut risque (SES)	Pas clair	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Haut risque	Non
Sanders, Baker et Turner (2012)	Faible risque	Pas clair	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Haut risque	Non
Sanders, Markie-Dadds, Tully et Bor (2000)	Faible risqué (SES + pré-test) Pas clair (randomisation)	Pas clair	Faible risque	Faible risque	Faible risque	Haut risque	Non

### 3.8 Extraction des données

L'extraction des données a été effectuée par deux professionnelles (J.B. et C.P.) et a été validée par la responsable scientifique (E.-L.B). Seules les études considérées comme bonnes ou acceptables à l'étape de l'évaluation de la qualité et du risque de biais ont fait l'objet d'extraction. Parmi les dix études contrôlées randomisées incluses dans le présent projet d'ETMI, seulement deux ont fait l'objet d'extraction. En effet, huit études présentent un risque de biais trop élevé pour que leurs données soient utilisées pour juger de l'efficacité du programme Triple P. Les deux études ayant fait l'objet d'extraction sont identifiées par un astérisque dans le tableau précédent.

## 4. Résultats

Cette section présente, dans un premier temps, une brève description des deux études retenues (population, méthode de recrutement, outils d'évaluation). Ensuite, les résultats sont rapportés sous forme de tableau et incluent les résultats liés aux deux variables dépendantes d'intérêt, soit les habiletés parentales et les comportements de l'enfant, en fonction de l'informateur.

### 4.1 Étude d'Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et Feldman (2008)<sup>1</sup>

Dans la première étude contrôlée randomisée, les auteurs comparent 32 familles qui se trouvent sur la liste d'attente (groupe contrôle) avec 37 familles qui reçoivent l'intervention *Self-directed Triple P with therapist assistance* (Niveau 4). Dans ce programme, le parent doit lire *Every Parent's Self-Help Workbook* en plus de visionner *Every Parent's Survival Guide*. Pendant dix semaines, il est attendu que le parent prenne connaissance du matériel et qu'il exécute une série de tâches en lien avec ce qu'il a lu et écouté. De plus, le parent reçoit, pour une période de sept semaines, de l'assistance téléphonique hebdomadaire. Les participants sont des familles d'enfants de trois à six ans, recrutés dans quatre écoles préscolaires d'Allemagne. Ils ont de

<sup>1</sup> Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., & Feldman, M. (2008). Therapist-assisted, self-administered bibliotherapy to enhance parent competence: short- and long-term effects. *Behavior Modification*, 32, 659-681.

22 à 54 ans (moyenne=35,2 ans), la plupart ont un secondaire complété et leur revenu annuel se situe au-delà de la moyenne allemande. La grande majorité des participants sont mariés (84 %).

Plusieurs évaluations sont remplies à la fois par la mère et par le père (69 mères et 65 pères). Celles-ci concernent aussi bien l'enfant (comportement, difficultés, forces, etc.) que les parents (comportements, mesures disciplinaires, etc.). Toutes les mesures prises dans cette étude sont rapportées par les parents. Pour les deux groupes, deux mesures (prétest et posttest) sont prises à dix semaines d'intervalles en plus d'une autre évaluation six mois plus tard (N. B. : à ce moment, le groupe contrôle a complété l'intervention). Cette dernière mesure ne sera donc pas utilisée puisqu'elle contamine le groupe contrôle.

### **Description des mesures utilisées dans la première étude**

Mesures autorapportées par les parents : 1) Variables parentales. L'outil *Parenting Scale* est un questionnaire autorapporté de 35 items qui est utilisé pour mesurer les habiletés parentales. L'outil *Positive Parenting Questionnaire (PPQ)* est utilisé pour évaluer la fréquence à laquelle le parent prodigue des encouragements à son enfant et qu'il a un comportement positif envers celui-ci.

2) Mesures chez l'enfant. Le *Child Behavior Checklist* est distribué aux parents afin qu'ils évaluent, à l'aide d'une liste de 100 items préétablis, si l'enfant présente ou non des comportements internalisés (anxiété, dépression, retrait, etc.) et externalisés (agressivité, délinquance, etc.). Les deux composantes peuvent être présentées séparément ou ensemble. Le *Strengths and Difficulties Questionnaire* est également utilisé chez l'enfant. Cet outil prend en considération cinq dimensions du comportement de l'enfant, à savoir les problèmes émotionnels, les troubles des conduites, l'hyperactivité, les difficultés avec les pairs et les comportements prosociaux.

### **4.2 Étude d'Hahlweg, Heinrichs, Kuschel et Naumann (2010)<sup>2</sup>**

La deuxième étude contrôlée randomisée vise à vérifier l'efficacité à long terme du programme Triple P dispensé sous forme de groupe (*Group Triple P-Niveau 4*). Les mesures dépendantes, soit les habiletés parentales et les troubles comportementaux de l'enfant, sont évaluées à partir de diverses sources : les parents, l'enseignant et un observateur externe. Cette étude privilégie quatre temps de mesure, soit le pré-test, le posttest, le suivi après un an et le suivi après deux ans. Les participants, recrutés au sein d'écoles préscolaires sont des familles d'enfants de trois à six ans résidant en Allemagne. Parmi les 280 familles qui participent à l'étude, 186 d'entre elles sont assignées au groupe expérimental qui reçoit l'intervention Triple P et 94 familles font partie du groupe contrôle. Les parents ont de 22 à 47 ans (moyenne=35 ans), 78 % sont mariés, et leur revenu familial est équivalent à la moyenne en Allemagne. Parmi les 280 familles participantes, 7 % reçoivent de l'assistance sociale.

### **Description des mesures utilisées dans la deuxième étude**

Mesures autorapportées par les parents : 1) Variables parentales. L'outil *Parenting Scale* est un questionnaire autorapporté de 35 items qui est utilisé pour mesurer les habiletés parentales. L'outil *Positive Parenting Questionnaire (PPQ)* est utilisé pour évaluer la fréquence à laquelle le parent prodigue des encouragements à son enfant et qu'il a un comportement positif envers celui-ci. 2) Mesures chez l'enfant. Le *Child Behavior Checklist* est distribué aux parents et aux professeurs afin qu'ils évaluent, à l'aide d'une liste de 100 items préétablis, si l'enfant présente ou non des comportements internalisés (anxiété, dépression, retrait, etc.) et externalisés (agressivité, délinquance, etc.). Les deux composantes peuvent être présentées séparément ou ensemble.

Observateur indépendant. Une séance d'observation des interactions entre la mère et son enfant est réalisée dans le milieu de vie de la famille. L'observation, d'une durée de 20 minutes, est analysée par un professionnel qui est aveugle à la condition expérimentale de la famille et qui ne sait pas à quelle étape du processus se déroule l'observation (prétest ou suivi d'un an).

---

<sup>2</sup> Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H., & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: Is it worth the effort? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4, 1-14.

Le tableau 2 présente les résultats des deux études incluses, sous forme de tailles d'effet intergroupes (prépost) pour chaque variable dépendante et en fonction de l'informateur. L'informateur est indiqué en lettres majuscules et représente, soit la mère (famille intacte), le père (famille intacte), la mère (monoparentale), le professeur ou un observateur indépendant.

**Tableau 3 : Tailles d'effet *intergroup* pour les deux études incluses en fonction de chaque mesure dépendante et selon l'informateur**

Informateur	Hahlweg et al.2008 (Self-Help)			Hahlweg et al. 2010 (Group Triple P)					
	Mères	Pères	Fam. intactes (mères)	Fam. intactes (pères)	Mères monop.	PROFESSEUR		OBSERV. CLINIQUE	
						Fam. intactes	Fam. monop.	Fam. intactes	Fam. monop
<b>Mesures parentales</b>									
Cpts positifs (PPQ)	.58	.003	.16	-.06	-.27				
Parenting scale (PS)	1.23	.41	.72	.24	-.55				
Moy pour cpts parentaux			.44	.009	-.28				
<b>Mesures chez l'enfant</b>									
CBCL-intériorisé	.46	.23	.29	0.00	-.30	-.03	.47		
CBCL-externalisé	.72	.32	.30	0.00	-.75	-.24	-.06		
CBCL total	.63	.12							
Forces et difficultés de l'enfant (SDQ)	.57	.17							
<b>Mesures d'interaction</b>									
Positif-mères								-.04	.32
Négatif-mères								-.02	-.02
Positif-enfant								0.00	.23
Négatif-enfant								-.03	.54

Ce tableau démontre que dans les deux études, les mères de famille intacte ayant participé au programme Triple P rapportent une amélioration significativement plus grande que les mères du groupe contrôle en ce qui a trait aux comportements maternels, de même qu'en ce qui concerne les comportements internalisés et externalisés de leur enfant. Toutefois, ce résultat n'est pas observé pour les pères (familles intactes) dans les deux études. De plus, dans l'étude de Hahlweg *et al.* (2010), les mères monoparentales rapportent une détérioration de leur situation ainsi que des comportements de leur enfant. En outre, dans cette même étude, les améliorations rapportées par les mères (familles intactes) ne sont pas observées lorsque l'informateur est un professeur (comportements de l'enfant) ou un observateur indépendant (interactions mère-enfant).

## 5. Constats et conclusion

Le présent projet d'ETMI visait à clarifier l'efficacité du programme Triple P en comparaison avec un groupe contrôle pour améliorer les comportements parentaux et réduire les troubles comportementaux chez les enfants de 0-12 ans. Seules deux études ont été incluses dans cette ETMI en raison de la présence d'un risque de biais élevé dans les huit autres études, mettant en doute la validité de leurs résultats. En effet, deux types de biais sont présents de façon importante dans ces études. Premièrement, le risque biais lié à la présence d'un conflit d'intérêts concerne sept des huit études exclues qui n'ont pas été conduites de façon indépendante puisque le concepteur du programme Triple P, M.R. Sanders, est coauteur dans toutes ces études (Bodenmann *et al.*, 2008; Connell *et al.*, 1997; Markie-Dadds & Sanders, 2006; Matsumoto *et al.*, 2007; Morawska & Sanders, 2006; Sanders *et al.*, 2012; Sanders *et al.*, 2000). Comme les concepteurs du programme Triple P reçoivent des redevances de la vente de la formation et du matériel utilisé, le fait d'être impliqué dans la majorité des études

qui évaluent l'efficacité de Triple P les place en conflit d'intérêts. Cette situation devrait à tout le moins être divulguée ; or, à notre connaissance, parmi les dizaines d'ECR publiés sur Triple P, seulement un déclare ce conflit d'intérêts (Sanders, Stallman, & McHale, 2011).

Deuxièmement, toutes les études exclues présentaient également un risque élevé au niveau du biais de détection. Ce type de biais réfère à la façon dont les mesures d'*outcome* sont évaluées. Dans les études exclues, les mesures utilisées pour mesurer l'efficacité du programme sont toutes des mesures autorapportées par les parents, et ce, autant pour la variable indépendante que la variable dépendante. Ceci pose au moins deux problèmes ; premièrement, le fait que le même informateur rapporte à la fois la variable indépendante et la variable dépendante constitue un problème méthodologique. En effet, dans un tel cas, les résultats peuvent être davantage expliqués par la variance commune attribuable à l'informateur que par un réel effet de l'intervention. En d'autres mots, le fait que le même informateur (le parent) rapporte à la fois son amélioration suite au programme et celle de son enfant fait en sorte que les relations observées sont susceptibles d'être obtenues simplement parce que les mesures sont corrélées entre elles. D'autant plus que les informateurs dans ce cas-ci ne sont pas « aveugles » à leur condition expérimentale, ce qui n'aurait pu être possible que si un observateur indépendant avait été privilégié. En conséquence, dans une telle situation où les parents rapportent leur amélioration et celle de leur enfant en sachant pertinemment s'ils ont bénéficié d'une intervention ou non, il est possible que les résultats observés soient teintés par l'informateur. Cet effet modérateur de l'informateur a d'ailleurs été mis en évidence de façon éloquent dans deux méta-analyses portant sur l'efficacité du programme Triple P (Nowak & Heinrichs, 2008 ; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007), dans lesquelles on observe une diminution remarquable des tailles d'effet lorsque l'informateur est un observateur indépendant (voir tableaux de résultats de ces méta-analyses à l'annexe 5 et 6).

Les résultats discutés ici sont donc basés sur deux études, jugées de qualité acceptable. Ces études suggèrent que le programme Triple P serait efficace pour améliorer les comportements maternels et les comportements de l'enfant lorsque la mère (famille intacte) rapporte elle-même ses comportements et ceux de son enfant. Ce résultat s'observe autant dans l'étude de Hahlweg *et al.* (2008), qui évaluait la version *Self-Directed* de Triple P, que dans l'étude de Hahlweg *et al.* (2010) qui évaluait la version de groupe. Toutefois, les mêmes améliorations ne sont pas observées lorsque les pères (familles intactes) ou les mères monoparentales rapportent l'information. On observe même une détérioration des comportements maternels et des enfants dans le cas des mères monoparentales, ce qui soulève des questionnements non seulement en lien avec l'efficacité du programme, mais également avec la pertinence et l'innocuité associée à la dispensation de ce programme à des mères monoparentales.

De plus, le fait que les résultats favorables à l'efficacité de Triple P soient uniquement observés lorsque la mère rapporte elle-même les résultats soulève des questionnements, d'autant plus que ces résultats positifs n'ont pas été corroborés par les observateurs indépendants (professeur et observateur) dans la deuxième étude. Ceci nous porte à remettre en doute la validité de ces résultats, d'autant plus que les rapports maternels sont utilisés dans ces études pour mesurer à la fois la variable indépendante et la variable dépendante.

En conclusion, les évidences disponibles ne permettent pas de conclure à l'efficacité de Triple P pour améliorer les habiletés parentales et pour diminuer les problèmes de comportements des enfants de 0-12 ans. Ceci dit, les évidences ne portent pas non plus à conclure en son inefficacité. Nous constatons plutôt un manque d'études de qualité, réalisées de façon indépendante, portant sur l'efficacité du programme Triple P. En effet, bien qu'il soit relativement habituel que les concepteurs d'un programme soient les premiers à réaliser des études pour en évaluer son efficacité, il est nécessaire que d'autres équipes réalisent le même type d'étude de façon indépendante, ce qui ne semble pas avoir été le cas dans la littérature portant sur le programme Triple P.

Ainsi, les études futures devraient être réalisées de façon indépendante et se pencher sur l'efficacité des cinq paliers de Triple P lorsqu'implantés ensemble. Ces études devraient inclure diverses méthodes pour évaluer l'efficacité du programme, notamment des mesures obtenues par un observateur indépendant, aveugle à la condition expérimentale des familles. De plus, le programme Triple P devrait faire l'objet d'une évaluation auprès de clientèles à risque sur le plan psychosocial, les études actuelles ayant principalement inclus des familles de niveau socio-économique de niveau moyen/élevé (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). Une

attention devrait également être portée à la situation des mères monoparentales, pour qui des résultats négatifs ont été observés. Finalement, les études futures pourraient s'intéresser à l'efficacité de Triple P auprès de clientèles non volontaires, ce qui, à notre connaissance, n'a jamais été fait dans la littérature, alors que ce programme vise notamment des clientèles vulnérables comme les familles suivies en centre jeunesse.



## Références

- Blader, J. C. (2006). Which family factors predict children's externalizing behaviors following discharge from psychiatric inpatient treatment? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*(11), 1133–1142. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01651.x.
- Blueprints for Healthy Youth Development (2014). Triple P System: Promising Program. [en ligne] <http://www.blueprintsprograms.com/evaluationAbstracts.php?pid=07fd89a40a3755e21a5884640f23eaf59b66df35>, consulté le 27 mars 2014.
- Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., & Sanders, M. R. (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(4), 411-427. doi: 10.1016/j.brat.2008.01.001.
- Brookman-Frazee, L., Stahmer, A., Baker-Ericzén, M. J., & Tsai, K. (2006). Parenting interventions for children with autism spectrum and disruptive behavior disorders: Opportunities for cross-fertilization. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *9*(3), 181–200. doi: 10.1007/s10567-006-0010-4.
- Connell, S., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (1997). Self-directed behavioural family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification*, *21*, 379–408. doi : 10.1177/01454455970214001.
- de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on Parenting: A Meta-Analysis. *Family Relations*, *57*(5), 553-566. doi: 10.1111/j.1741-3729.2008.00522.x.
- Gagné, M.-H. (2013). Le système Triple P : Niveaux, contenu et cadre d'implantation. [en ligne] [http://www.chaire-maltraitance.ulaval.ca/sites/chaire-maltraitance.ulaval.ca/files/triple\\_p\\_15\\_mai\\_2013.pdf](http://www.chaire-maltraitance.ulaval.ca/sites/chaire-maltraitance.ulaval.ca/files/triple_p_15_mai_2013.pdf), consulté le 27 mars 2014.
- Gallart, S. C., & Matthey, S. (2005). The Effectiveness of Group Triple P and the Impact of the Four Telephone Contacts. *Behaviour Change*, *22*(2), 71-80. doi: 10.1375/bech.2005.22.2.71.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H., & Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: Is it worth the effort? *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, *4*, 1-14. doi: 10.1186/1753-2000-4-14.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., & Feldmann, M. (2008). Therapist-assisted, self-administered bibliotherapy to enhance parental competence: short- and long-term effects. *Behavior Modification*, *32*, 659-681. doi : 10.1177/0145445508317131.
- Markie-Dadds, C., & Sanders, M. R. (2006). Self-directed Triple P (Positive Parenting Program) for mothers with children at-risk of developing conduct problems. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *34*, 259–275. doi : 10.1017/S1352465806002797.
- Matsumoto, Y., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2007). The efficacy and acceptability of the Triple P-Positive Parenting Program with Japanese parents. *Behaviour Change*, *24*, 205-218. doi: 10.1375/bech.24.4.205.
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2006). Self-administered behavioural family intervention for parents of toddlers: Part I—Efficacy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, *74*, 10–19. doi : 10.1037/0022-006X.74.1.10.

- Moss, E., St-Laurent, D., Cyr, C., & Humber, N. (2008). L'attachement aux périodes préscolaire et scolaire et les patrons d'interactions parent-enfant. Dans G. M. Tarabulsky, S. Larose, D. R. Pederson & G. Moran (sous la dir.), *Attachement et développement : Le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 155-179). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *11*(3), 114-144. doi: 10.1007/s10567-008-0033-0.
- Petitclerc, A., & Braun, S. (2009). Triple P Positive Parenting Program. *Apprentissage chez les jeunes enfants bulletin*, *4*(1), 7-8.
- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The US Triple P System Population Trial. *Prevention Science*, *10*(1), 1-12. doi: 10.1007/s11121-009-0123-3.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an Empirically Validated Multilevel Parenting and Family Support Strategy for the Prevention of Behavior and Emotional Problems in Children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *2*(2), 71-90. doi: 10.1023/A:1021843613840.
- Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. T. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(11), 675-684. doi: 10.1016/j.brat.2012.07.004.
- Sanders, M. R., Cann, W., & Markie-Dadds, C. (2003). The Triple P-positive parenting programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review*, *12*(3), 155-171. doi: 10.1002/car.798.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 624-640. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.624.
- Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every Family: A Population Approach to Reducing Behavioral and Emotional Problems in Children Making the Transition to School. *Journal of Primary Prevention*, *29*(3), 197-222. doi: 10.1007/s10935-008-0139-7.
- Sanders, M. R., Stallman, H. M., & McHale, M. (2011). Workplace Triple P: a controlled evaluation of a parenting intervention for working parents. *Journal of Family Psychology*, *25*(4), 581-590. doi: 10.1037/a0024148.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2014). *Critical appraisal: Notes and checklists*. [en ligne] <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>, consulté le 27 mars 2014.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*(3), 475-495. doi: 10.1007/s10802-007-9104-9.
- Wilson, P., Rush, R., Hussey, S., Puckering, C., Sim, F., Allely, C. S., Doku, P., McConnachie, A., & Gillberg, C. (2012). How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Medicine*, *10*(1), 1-16. doi: 10.1186/1741-7015-10-130.

## Annexe 1 : Études incluses

Auteurs/Année	N	Âge des enfants	Méthode de recrutement	Tests utilisés	Évaluateurs	Niveau de Triple P	Type de groupe contrôle	Éval. qualité des études/risque de biais
Bodenmann, Cina, Ledermann et Sanders (2008)	150 couples	2 – 12 ans	Annonces dans les journaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Parenting Scale</li> <li>· Parenting Sense of Competence</li> <li>· Parent Problem Checklist</li> <li>· Eyberg Child Behavior Inventory</li> <li>· Dyadic Adjustment Scale</li> </ul>	Mère Père	Group Triple P group (niveau 4)	Pas de traitement	Risque de biais élevé (conflit d'intérêts)
Connell, Sanders et Markie-Dadds (1997)	24 familles	2 – 6 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Annonces dans les journaux</li> <li>· Brochures envoyées aux écoles préscolaires et primaires, aux garderies et aux professionnels de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eyberg Child Behavior Inventory</li> <li>· Parenting Sense of Competence</li> <li>· The Parenting Scale</li> <li>· Depression Anxiety Stress Scales</li> <li>· Parent observation and report of child symptoms</li> </ul>	Mère Père	Self-directed behavioral family intervention (niveau 5)	Liste d'attente	Risque de biais élevé (conflit d'intérêts)
Gallart et Matthey (2005)	54 parents	2 – 8 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dans les journaux</li> <li>· Écoles préscolaires</li> <li>· Écoles primaires</li> <li>· Terrains de jeux</li> <li>· Professionnels de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· The Eyberg Child Behavior Inventory</li> <li>· The Parenting Scale</li> <li>· Depression Anxiety Stress Scales</li> </ul>	Parent	Group Triple P group (niveau 4)  Group Triple P group + telephone calls (niveau 4)	Liste d'attente	Risque de biais élevé (résultats rapportés de façon sélective)
* Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, Bertram et Naumann (2010)	280 familles	3 – 6 ans	Écoles préscolaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Child Behavior Checklist - Parent Report</li> <li>· Caregiver Teacher Report Form</li> <li>· Parenting Scale</li> <li>· Positive Parenting Questionnaire</li> <li>· Observation of Mother-Child Interaction (Revised Family Observation Schedule)</li> </ul>	Parent Professeur Observateur externe	Group Triple P (niveau 4)	Pas de traitement	Qualité élevée, faible risque de biais

* Hahlweg, Heinrichs, Kruschel et Feldman (2008)	69 familles	3 – 6 ans	Écoles préscolaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Child Behavior Checklist— Parent Report</li> <li>· Strengths and Difficulties Questionnaire</li> <li>· Positive Parenting Questionnaire</li> <li>· Parenting Scale</li> <li>· General Life Satisfaction Questionnaire</li> <li>· Center for Epidemiologic al Studies– Depression Scale</li> <li>· Abbreviated Dyadic Adjustment Scale</li> </ul>	Mère Père	Self-directed Triple P with therapist assistance (niveau 4)	Liste d'attente	Qualité acceptable, faible risque de biais
Markie-Dadds et Sanders (2006)	63 familles	2 – 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dans les journaux</li> <li>· Affiches et dépliants distribués dans les garderies, les écoles préscolaires, les centres de santé pour enfants et les organismes communautaires offrant des soins de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eyberg Child Behavior Inventory</li> <li>· Parent Daily Report</li> <li>· Parenting Scale</li> <li>· Parenting Sense of Competency Scale</li> <li>· Parent Problem Checklist</li> <li>· Depression Anxiety Stress Scales</li> </ul>	Mère	Self-directed Triple P (niveau 4)	Liste d'attente	Risque de biais élevé (conflit d'intérêts)
Matsumoto, Sofronoff et Sanders (2007)	50 familles	2 – 10 ans	Pas clair (via un organisme à but non lucratif)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eyberg Child Behaviour Inventory</li> <li>· Parenting Scale</li> <li>· Parent Problem Checklist</li> <li>· Relationship Quality Index</li> <li>· Problem Setting and Behaviour Checklist</li> <li>· Depression Anxiety Stress Scale</li> <li>· Questionnaire About Core Parenting Skills</li> </ul>	Parent	Group Triple P (niveau 4)	Liste d'attente	Risque de biais élevé (conflit d'intérêts)

Morawska et Sanders (2006)	126 familles	18 – 36 mois	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Services de protection de l'enfance</li> <li>· Garderies</li> <li>· Écoles</li> <li>· Terrains de jeux</li> <li>· Médias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eyberg Child Behavior Inventory</li> <li>· The Parenting Scale</li> <li>· Toddler Care Questionnaire</li> <li>· The Parental Anger Inventory</li> <li>· The Parent Problem Checklist</li> <li>· The Relationship Quality Index</li> <li>· The Depression Anxiety Stress Scale</li> <li>· Observations of mother-child interactions</li> </ul>	Mère Père Observateur externe	<p>Telephone assisted self-directed - Behavioral family interventions (TASD-BFI) (niveau 4)</p> <p>Self-directed - Behavioral family interventions (SD-BFI) (niveau 4)</p>	Liste d'attente	Risque de biais élevé (conflit d'intérêts)
Sanders, Baker et Turner (2012)	116 parents	2 – 9 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Campagne médiatique dans la communauté</li> <li>· Forums sur Internet destinés aux parents</li> <li>· Écoles</li> <li>· Services de garde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Eyberg Child Behavior Inventory</li> <li>· Strengths and Difficulties Questionnaire</li> <li>· Family Observation Schedule (observation of child disruptive behavior)</li> <li>· Parenting Scale</li> <li>· Parenting Tasks Checklist</li> <li>· Depression Anxiety Stress Scales</li> <li>· Parental Anger Inventory</li> <li>· Parent Problem Checklist</li> </ul>	Mère Père Observateur externe	Triple P Online (correspond à une intervention de niveau 4)	Internet-as-usual control	Risque de biais élevé (conflit d'intérêts)

Sanders, Markie-Dadds, Tully et Bor (2000)	305 familles	3 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dans les journaux</li> <li>· Annonces et brochures dans les services de garde, les garderies, les écoles préscolaires et les centres de santé dans la communauté</li> <li>· Les endroits visés sont les quartiers défavorisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Revised Family Observation Schedule (observation of mother and child behavior)</li> <li>· Beck Depression Inventory</li> <li>· Child Abuse Potential Inventory</li> <li>· Eyberg Child Behavior Inventory</li> <li>· Parent Daily Report</li> <li>· Parenting Scale</li> <li>· Parenting Sense of Competency Scale</li> <li>· Parent Problem Checklist</li> <li>· Abbreviated Dyadic Adjustment Scale</li> <li>· Depression Anxiety Stress Scales</li> </ul>	Mère Père Observateur externe	<p>Enhanced Behavioural Family Intervention – EBFI (niveau 5)</p> <p>Standard Behavioural Family Intervention – SBFI (niveau 4)</p> <p>Self-directed Behavioural Family Intervention – SDBFI (niveau 4)</p>	Liste d'attente	Risque de biais élevé (conflit d'intérêts)
--	--------------	-------	---	---	-------------------------------------	---	-----------------	--

## Annexe 2 : Études exclues

Références	Tiré de la méta-analyse de :	Raison de l'exclusion <sup>3</sup>
Adamson, M., Morawska, A., & Sanders, M. R. (2013). Childhood feeding difficulties: a randomized controlled trial of a group-based parenting intervention. <i>Journal Of Developmental And Behavioral Pediatrics, 34</i> , 293-302.		Trouble alimentaire
Arkan, B., & Üstün, B. (2009). Davranım bozukluğu olan çocuklara psikiyatrik yaklaşımda anne-baba eğitim programları: İki örnek bağlamında bir değerlendirme. [Parent education programs as a psychiatric approach to children with conduct disorder: An evaluation through two samples.]. <i>Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1</i> , 155-174.		Revue de littérature
Arkan, B., Ustün, B., & Güvenir, T. (2013). An analysis of two evidence-based parent training programmes and determination of the characteristics for a new programme model. <i>Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 20</i> , 176-185.		Revue de littérature
Bor, W., Sanders, M.R., & Markie-Dadds, C. (2002). The Effects of the Triple P-Positive Parenting Program on Preschool Children With Co-Occurring Disruptive Behavior and Attentional/Hyperactive Difficulties. <i>Journal of Abnormal Child Psychology, 30</i> , 571-587.	Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Diagnostic de TDAH
Boyle, C. L. (2012). An analysis of training, generalization, and maintenance effects of enhanced Primary Care Triple P for parents of preschool-age children with disruptive behavior. <i>73</i> , ProQuest Information & Learning, US.		Pas un essai contrôlé randomisé
Boyle, C. L., Sanders, M. R., Lutzker, J. R., Prinz, R. J., Shapiro, C., & Whitaker, D. J. (2010). An analysis of training, generalization, and maintenance effects of Primary Care Triple P for parents of preschool-aged children with disruptive behavior. <i>Child Psychiatry And Human Development, 41</i> , 114-131.		Pas un essai contrôlé randomisé
Brestan, E.V., Eyberg, S.M., Boggs, S.R., & Algina, J. (1997). Parent-Child Interaction Therapy: Parents' perceptions of untreated siblings. <i>Child &amp; Family Behavior Therapy, 19</i> , 13-28.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Brown, F. L., Sofronoff, K., Whittingham, K., Boyd, R., & McKinlay, L. (2013). Stepping stones triple P for parents of children with acquired brain injury: A randomised controlled trial. <i>Brain Impairment, 14</i> , 154.		Stepping Stones Triple P
Brown, F. L., Whittingham, K., McKinlay, L., Boyd, R., & Sofronoff, K. (2013). Efficacy of stepping stones triple p plus a stress management adjunct for parents of children with an acquired brain injury: The protocol of a Randomised controlled trial. <i>Brain Impairment, 14</i> , 253-269.		Stepping Stones Triple P
Bunting, L. (2004). Parenting Programmes: The Best Available Evidence. <i>Child Care in Practice, 10</i> , 327-343.		Évaluation des revues systématiques
Cann, W., Rogers, H., & Matthews, J. (2003). Family intervention service program evaluation: A brief report on initial outcomes for families. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> . <a href="http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/cann.pdf">http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/cann.pdf</a> .	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Cann, W., Rogers, H., & Worley, G. (2003b). Report on a program evaluation of a telephone assisted parenting support service for families living in isolated rural areas. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> . <a href="http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/cannrogers.pdf">http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/cannrogers.pdf</a>	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé

<sup>3</sup> Plus d'une raison peut justifier l'exclusion d'un article.

Chaffin, M., Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J., & Bonner, B. L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72</i> , 500-510.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Cina, A., Ledermann, T., Meyer, J., Gabriel, B., & Bodenmann, G. (2004). Triple P in der Schweiz: Zufriedenheit, Akzeptanz und Wirksamkeit (No. 162) [Triple P in Switzerland: Satisfaction, acceptance, and effectiveness]. <i>Institute for Family Research and Counseling, University of Fribourg, Switzerland.</i>	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Crisante, L. (2003). Training in parent consultation skills for primary care practitioner's early intervention in pre-school. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> . <a href="http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/crisante.pdf">http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/crisante.pdf</a>	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Crisante, L., & Ng, S. (2003). Implementation and process issues in using group Triple P with Chinese parents: Preliminary findings. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> . <a href="http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/crisanteng.pdf">http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/crisanteng.pdf</a>	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future directions. <i>Child: Care, Health And Development, 35</i> , 754-766.		Évaluation de trois interventions
de Graaf, I., Janssens, J. A., Haverman, M., & Onrust, S. (in prep). The effects of the primary care Positive Parenting Program (Triple P) in improving parenting and child behaviour: Results of a quasi-experimental study.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
de Graaf, I., Janssens, J. A., Haverman, M., & Onrust, S. (in prep). The effects of the standard and group Positive Parenting Program (Triple P) in improving parenting and child behaviour: Results of a quasi-experimental study.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting: A meta-analysis. <i>Family Relations, 57</i> , 553-566.		Méta-analyse : les articles inclus ne répondent pas tous aux critères d'inclusion
Dean, C., Myors, K., & Evans, E. (2003). Community-wide implementation of a parenting program: The south east Sydney Positive Parenting Project. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> . <a href="http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/dean.pdf">http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/dean.pdf</a>	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Dossetor, D., Caruana, J., Ray, P., Gomes, L., & Whatson, L. (2013). Special education schools as settings for families change: A collaboration between health, disability and education to improve outcomes for children with an intellectual disability. <i>European Child and Adolescent Psychiatry, 22</i> , S180.		Stepping Stones Triple P
Eichelberger, I., Plück, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Jänen, N., & Döpfner, M. (2010). Effekte universeller prävention mit dem gruppenformat des eltern-trainings Triple P auf das kindliche problemverhalten, das elterliche erziehungsverhalten und die psychische belastung der eltern. [Effects of the universal parent training program Triple P on child behavior problems, parenting strategies, and psychological distress.]. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 39</i> , 24-32.		Article en allemand
Eisner, M., Ribeaud, D., Juenger, R., & Meidert, U. (2007). <i>Fruehpraevention von Gewalt und Aggression. Ergebnisse des Zuercher Praeventions- und Interventionsprojektes an Schulen</i> [Early prevention of violence and aggression. Results from the Zurich prevention and intervention project at schools]. Zuerich: Rueeggger Verlag.	Nowak et Heinrichs (2008)	Livre en allemand
Eyberg, S. M., & Robinson, E. A. (1982). Parent-Child interaction training: Effects on family functioning. <i>Journal of Clinical Child Psychology, 11</i> , 130-137.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Année



Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1995). Parent-Child Interaction Therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. <i>Psychopharmacology Bulletin</i> , 31, 83-91.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Eyberg, S. M., Funderburk, B. W., Hembree-Kigin, T. L., McNeil, C. B., Querido, J. G., & Hood, K. K. (2001). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: One and two year maintenance of treatment effects in the family. <i>Child and Family Behavior Therapy</i> , 23, 1-19.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Feldmann, M., Heinrichs, N., Hahlweg, K., & Bertram, H. (2007). Bibliotherapy to improve parental competency: A randomized evaluation study. <i>Verhaltenstherapie</i> , 17, 26-35.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T., & Capage, L. (1993). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. <i>Child and Family Behavior Therapy</i> , 20, 17-38.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Année
Gerards, S. M. P. L., Dagnelie, P. C., Jansen, M. W. J., van der Goot, L. O. H. M., de Vries, N. K., Sanders, M. R., & Kremers, S. P. J. (2012). Lifestyle Triple P: a parenting intervention for childhood obesity. <i>BMC Public Health</i> , 12, 267-267.		Lifestyle Triple P
Glazemakers, I., & Deboutte, D. (2012). Modifying the 'Positive Parenting Program' for parents with intellectual disabilities. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 57, 616-626.		Déficience intellectuelle
Haggerty, K. P., McGlynn-Wright, A., & Klima, T. (2013). Promising Parenting Programs for Reducing Adolescent Problem Behaviors. <i>Journal Of Children's Services</i> , 8, 229-243.		Description du programme
Hampel, O. A., Hasmann, R., Hasmann, S. E., Holl, R. W., Jahnel, D. V., Karpinski, N., & Petermann, F. (2012). Stepping Stones Triple P (Positive Parenting Program) for parents of a child with a disability: Impact on parenting. <i>Padiatrische Praxis</i> , 79, 29-37.		Stepping Stones Triple P
Hampel, O. A., Hasmann, R., Hasmann, S. E., Holl, R. W., Speller, D. V., Karpinski, N., & Petermann, F. (2013). Stepping Stones Triple P (Positive Parenting Program) for parents of a child with a disability. A review of the existing evidence base. <i>Padiatrische Praxis</i> , 81, 203-214.		Stepping Stones Triple P
Hartung, D & Hahlweg, K. (2010). Strengthening parent well-being at the work-family interface: A German trial on workplace Triple P. <i>John Wiley &amp; Sons</i> , 20, 404-418.		Workplace Triple P
Hartung, D., & Hahlweg, K. (2011). Stress reduction at the work-family interface: positive parenting and self-efficacy as mechanisms of change in Workplace Triple P. <i>Behavior Modification</i> , 35, 54-77.		Workplace Triple P
Hartung, D., Lups, F., & Hahlweg, K. (2010). Veränderungsmechanismen in Elterntrainings am Beispiel von Workplace Triple P. [Analyzing mechanisms of change in parenting training programs using the example of Workplace Triple P.]. <i>Kindheit und Entwicklung</i> , 19, 102-108.		Workplace Triple P
Haslam, D. M., Sanders, M. R., & Sofronoff, K. (2013). Reducing work and family conflict in teachers: A randomised controlled trial of Workplace Triple P. <i>School Mental Health</i> , 5, 70-82.		Workplace Triple P
Hasmann, R., Blank, R., Hampel, O. A., Jahnel, D., Holl, R., Karpinski, N., & Petermann, F. (2012). Group Stepping Stones Triple P: Evaluation of a preventative parenting intervention for parents of a child with a disability. <i>Developmental Medicine and Child Neurology</i> , 54, 42.		Stepping Stones Triple P

Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., & Harstick, S. (2005). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on Parenting: A Meta-Analysis de Graaf et al. 565 aus Sicht der Mütter und Väter. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i> , 35, 82-91.	de Graaf et al. (2008)	Article non trouvé
Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., & Harstick, S. (2006). The 1-year efficacy of a parent-training in the universal prevention of child-behavior problems: Results from mothers and fathers. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i> , 35, 82-96.		Article non trouvé
Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., & Harstick, S. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Praevention kindlicher Verhaltensstoerungen: Ergebnisse aus Sicht der Muetter und Vaeter [Long term effectiveness of a parent training for universal prevention of child behavior disorders]. <i>Zeitschrift fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie</i> , 35, 72-86.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Heinrichs, N., Hahlweg, K., Kuschel, A., Krüger, S., Bertram, H., Harstick, S., & Naumann, S. (2006). Triple P aus der Sicht der Eltern. [Triple P from a parent's perspective.]. <i>Kindheit und Entwicklung</i> , 15, 19-26.		Taux de participation et de satisfaction des participants
Heinrichs, N., Hahlweg, K., Naumann, S., Kuschel, A., Bertram, H., & Ständer, D. (2009). Universelle prävention kindlicher verhaltensstörungen mithilfe einer elternzentrierten maßnahme: Ergebnisse drei jahre nach teilnahme. [Universal prevention of child behavior problems with a parent training.]. <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis</i> , 38, 79-88.		Article en allemand
Heinrichs, N., Kliem, S., & Hahlweg, K. (2013). Four-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial of Triple P Group for Parent and Child Outcomes. <i>Prevention Science: The Official Journal Of The Society For Prevention Research</i> , 15, 233.		Article non trouvé
Heinrichs, N., Krueger, S., & Guse, U. (2006c). Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivitaet eines praeventiven Elterntrainings [The effects of incentives on recruitment rates of parents and the effectiveness of a preventative parent training]. <i>Zeitschrift fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie</i> , 35, 97-108.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Hoath, F. E., & Sanders, M. R. (2002). A feasibility study of Enhanced Group Triple P- Positive Parenting Program for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. <i>Behaviour Change</i> , 19, 191-206.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007) Wilson et al. (2012)	Diagnostic de TDAH
Hodgetts, S., Savage, A., & McConnell, D. (2013). Experience and outcomes of stepping stones triple P for families of children with autism. <i>Research In Developmental Disabilities</i> , 34, 2572-2585.		Stepping Stones Triple P
Holdstein, D. (in prep). The effectiveness of Work Place Triple P in the setting of a medium-sized city in Germany [working title].	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of Parent-Child interaction therapy: Mother's reports on maintenance three to six years after treatment. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> , 32, 419-429.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Ireland, J. L., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2003). The impact of parent training on marital functioning: A comparison of two group versions of the Triple P- Positive Parenting Program for parents of children with early-onset conduct problems. <i>Behavioural and Cognitive Psychotherapy</i> , 31, 127-142.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Groupe de comparaison avec services

Joachim, S., Sanders, M.R., & Turner, K.M.T. (2010). Reducing preschoolers' disruptive behaviour in public with a brief parent discussion group. <i>Child Psychiatry &amp; Human Development</i> , 41, 47-60.	Wilson et al. (2012)	Niveau 2
Kirby, J. N., & Sanders, M. R. (2014). A randomized controlled trial evaluating a parenting program designed specifically for grandparents. <i>Behaviour Research and Therapy</i> , 52, 35-44		Groupe de comparaison avec services
Kuschel, A., Beslmeisl, S., Hahlweg, K., & Hautzinger, M. (2007). 17 tips on parenting--which strategies do parents apply? <i>Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie</i> , 56, 691-706.		Pas un essai contrôlé randomisé
Kuschel, A., Heinrichs, N., & Hahlweg, K. (2009). Is a preventive parenting program effective in reducing a child's externalizing behavior? <i>European Journal of Developmental Science</i> , 3, 299-303.		Article non trouvé
Ledermann, T., Cina, A., Meyer, J., Barbara, G., & Bodenmann, G. (2004). <i>Die Wirksamkeit zweier Praeventionsprogramme zur Verbesserung elterlicher Kompetenzen und kindlichen Befindens</i> (No. 163) [The effectiveness of two prevention programs for the improvement of parental competencies and child well-being]. Switzerland: Institute for Family Research and Counseling, University of Fribourg.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R. & Lau, J. (2003). An Outcome Evaluation of the Implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. <i>Family Process</i> , 42, 531-544	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007) Wilson et al. (2012)	À Hong Kong
Leung, C., Sanders, M., Ip, F., & Lau, J. (2006). Implementation of Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong: Predictors of program completion and clinical outcomes. <i>Journal of Children's Services</i> , 1, 4-17.	Nowak et Heinrichs (2008)	À Hong Kong
Malone, A. (2012). Training non-psychologists to deliver Lifestyle Triple P - A behavioural family intervention encouraging a healthy lifestyle. <i>Obesity Research and Clinical Practice</i> , 6, 10-11.		Lifestyle Triple P
Markie-Dadds, C., & Sanders, M. (2006). A controlled evaluation of an enhanced self-directed behavioural family intervention for parents of children with conduct problems in rural and remote areas. <i>Behaviour Change</i> , 23, 55-72.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008) Wilson et al. (2012)	Article non trouvé
Martin, A. J., & Sanders, M. R. (2003). Balancing work and family: A controlled evaluation of the Triple P-Positive Parenting Program as a work-site intervention. <i>Child and Adolescent Mental Health</i> , 8, 161-169.	Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007) Wilson et al. (2012)	Workplace Triple P
Matsumoto, Y., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2010). Investigation of the effectiveness and social validity of the Triple P Positive Parenting Program in Japanese society. <i>Journal of Family Psychology</i> , 24, 87-91.	Wilson et al. (2012)	Tokyo
Matsumoto, Y., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (under review). Triple P-Positive Parenting Program in Japanese society: Comparison between effectiveness and efficacy trials.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Mayer, I., Plueck, J., Hanisch, C., Hautmann, C., Meyer, N., & Doepfner, M. (2007). Effekte universeller Praevention mit dem Gruppenformat des Triple P an einer Koelner Stichprobe: Ergebnisse zu kindlichem Problemverhalten, elterlichem Erziehungsverhalten und psychischer Belastung der Eltern [Effects of a universal prevention with group Triple P with a sample from Cologne: Results for child problem behavior, parenting behavior, and mental burden for parents].	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
McConnell, D., Breitzkreuz, R., & Savage, A. (2011). Independent evaluation of the Triple P Positive Parenting Program in family support service settings. <i>Child and Family Social Work</i> , 17, 43-54.		Étude quasi expérimentale

McNeil, C. B., Eyberg, S., Eisenstadt, T. H., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1991). Parent-Child Interaction Therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. <i>Journal of Clinical Child Psychology, 20</i> , 140-151.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
McNeil, C. B., Capage, L. C., Bahl, A., & Blanc, H. (1999). Importance of early intervention for disruptive behavior problems: Comparison of treatment and waitlist-control groups. <i>Early Education and Development, 10</i> , 445-454.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
McTaggart, P., & Sanders, M.R. (2003). The Transition to School Project: Results from the classroom. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> , 1-12.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008) Wilson et al. (2012)	Article non trouvé
McTaggart, P., & Sanders, M. (2005). The transition to school project: A controlled evaluation of the home and school effects of a universal population trial of the Triple P Positive Parenting Program. Submitted for publication.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Morawska, A., Adamson, M., Hinchliffe, K., & Adams, T. (2014). Hassle Free Mealtimes Triple P: a randomised controlled trial of a brief parenting group for childhood mealtime difficulties. <i>Behaviour Research And Therapy, 53</i> , 1-9.		Problème de santé
Morawska, A., Haslam, D., Milne, D., & Sanders, M.R. (2011). Evaluation of a brief parenting discussion group for parents of young children. <i>Journal of Developmental &amp; Behavioral Pediatrics, 2</i> , 136-145.	Wilson et al. (2012)	Niveau 2
Morawska, A., & Sanders, M. R. (2006). Self-administered behavioural family intervention for parents of toddlers: Effectiveness and dissemination. <i>Behaviour Research and Therapy, 44</i> , 1839-1848.	Nowak et Heinrichs (2008)	Pas de groupe de comparaison
Morawska, A., & Sanders M. R. (2009). An evaluation of a behavioural parenting intervention for parents of gifted children. <i>Behaviour Research and Therapy, 47</i> , 463-470.	Wilson et al. (2012)	Programme pour les enfants doués
Morawska, A., Stallman, H. M., Sanders, M. R., & Ralph, A. (2005). Self-directed behavioral family intervention: Do therapists matter? <i>Child &amp; Family Behavior Therapy, 27</i> , 51-72.		Revue de la littérature
Morawska, A., Tometzki, H., & Sanders, M. R. (2014). An evaluation of the efficacy of a Triple P-positive parenting program podcast series. <i>Journal of Developmental And Behavioral Pediatrics, 35</i> , 128-137.		Évaluation de l'efficacité d'une émission de radio de la chaîne ABC (diffusion entre les années 2008 et 2010) prodiguant des conseils aux parents
Naumann, S., Kuschel, A., Bertram, H., Heinrichs, N., & Hahlweg, K. (2007). Förderung der elternkompetenz durch Triple P-Elternrainings. [Promotion of parental competence with Triple P.]. <i>Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie, 56</i> , 676-690.		Article non trouvé
Neumann, S. (2003). <i>Evaluation der praeventiven "Triple Pkurzberatung" (Positive Parenting Program): Veraenderungen im elterlichen Erziehungsverhalten</i> [Evaluation of preventative brief Triple P counseling: Changes in parenting behavior]. Muenster, Germany: Westfaelische Wilhems-University.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Nicholson, J.M., & Sanders, M.R. (1999). Randomized controlled trial of behavioral family intervention for the treatment of child behavior problems in stepfamilies. <i>Journal of Divorce &amp; Remarriage, 30</i> , 1-23.	Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007) Wilson et al. (2012)	Familles recomposées

Nielebock, A. (2003). <i>Evaluation der praeventiven "Triple Pkurzberatung" (Positive Parenting Program): Veraenderungen im kindlichen Verhalten</i> [Evaluation of preventative brief Triple P counseling: Changes in child behavior]. Muenster, Germany: Westfaelische Wilhems-University	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Nixon, R. D. V. (2001). Changes in hyperactivity and temperament in behaviorally disturbed pre-schoolers after Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). <i>Behavior Change, 18</i> , 168-176.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Erickson, D. B., & Touyz, S. W. (2003). Parent-Child Interaction Therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71</i> , 251-260.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Nixon, R. D. V., Sweeney, L., Erickson, D. B., & Touyz, S.W. (2004). Parent-Child Interaction Therapy: One and two year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. <i>Journal of Abnormal Child Psychology, 32</i> , 263-271.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Northam, E. A., Westrupp, E. M., Combie, M., Scratch, S., & Cameron, F. J. (2013). A randomised controlled trial of a psychological intervention to improve metabolic control in children with type 1 diabetes. <i>Hormone Research in Paediatrics, 80</i> , 139.		Pour les enfants qui ont le diabète de type 1
Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. <i>Clinical Child and Family Psychology Review, 11</i> , 114-144.		Méta-analyse : les articles ne répondent pas tous aux critères d'inclusion
Palmer, M. L., Henderson, M., Sanders, M. R., Keown, L. J., & White, J. (2013). Study protocol: evaluation of a parenting and stress management programme: a randomised controlled trial of Triple P Discussion Groups and Stress Control. <i>BMC Public Health, 13</i> , 888		Trouble de santé mentale
Penthin, R., Schrader, C., & Mildebrandt, N. (2005). Erfahrungen mit der deutschen Version des Triple-P-Elterntrainings bei Familien mit und ohne ADHS-Problematik [Experiences with the German version of Triple P parent training with families with and without ADHS problems]. <i>Zeitschrift fuer Heilpaedagogik, 5</i> , 186-192.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Plant, K.M., & Sanders, M.R. (2007) Reducing problem behavior during caregiving in families of preschool-aged children with developmental disabilities. <i>Research in Developmental Disabilities, 28</i> , 362-385.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008) Wilson et al. (2012)	Stepping Stones Triple P
Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2007). Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions. <i>Clinical Psychology Review, 27</i> , 739-749.		Description du programme et ses avantages
Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-Based Prevention of Child Maltreatment: The U.S. Triple P System Population Trial, <i>Prevention Science, 10</i> , 1-12.	Wilson et al. (2012)	Groupe de comparaison avec services
Ralph, A., & Sanders, M. R. (2003). Preliminary evaluation of the Group Teen Triple P program for parents of teenagers making the transition to high school. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> .	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M.R. (2006). Behavioral family intervention for children with developmental disabilities and behavioral problems. <i>Journal of Clinical Child &amp; Adolescent Psychology, 35</i> , 180-193.	de Graaf et al. (2008) Wilson et al. (2012)	Stepping Stones Triple P
Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V. (2003). Evaluation of the family intervention service for children presenting with characteristics associated with attention deficit hyperactivity disorder. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> . <a href="http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/rogers.pdf">http://www.auseinet.com/journal/vol2iss3/rogers.pdf</a>	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé

Salmon, K., Dittman, C., Sanders, M., Burson, R., & Hammington, J. (2014). Does Adding an Emotion Component Enhance the Triple P-Positive Parenting Program? <i>Journal Of Family Psychology: Journal Of The Division Of Family Psychology Of The American Psychological Association (Division 43)</i> .		Article non trouvé
Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. <i>Clinical Child And Family Psychology Review, 2</i> , 71-90.		Porte sur les bases théoriques et empiriques du programme
Sanders, M. R. (2000). Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. <i>Addictive Behaviors, 25</i> , 929-942.		Présentation du modèle
Sanders, M. R. (2003). The translation of an evidence-based parenting program into regular clinical services. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> .		Triple P présenté en exemple
Sanders, M. R. (2003). Triple P - Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2</i> .		Présentation du modèle
Sanders, M. R. (2008). "Going to scale": Implementing a population-level parenting and family support intervention. <i>The Behavior Therapist, 31</i> , 11-14.		Partage des expériences d'un petit groupe de chercheurs
Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. <i>Journal Of Family Psychology: Journal Of The Division Of Family Psychology Of The American Psychological Association (Division 43), 22</i> , 506-517.		Présentation du modèle
Sanders, M. R. (in prep). Effects of a brief seminar series on parenting.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Sanders, M. R. (2009). The triple P positive parenting program for parents of children with special needs. <i>Developmental Medicine and Child Neurology, 51</i> , 75.		Déficience physique ou intellectuelle
Sanders, M. R. (2010). Adopting a public health approach to the delivery of evidence-based parenting interventions. <i>Canadian Psychology, 51</i> , 17-23.		Triple P présenté en exemple
Sanders, M. R. (2010). Pour une approche de santé publique dans les programmes de soutien parental factuels. [Adopting a public health approach to the delivery of evidence-based parenting interventions.]. <i>Canadian Psychology, 51</i> , 24-30.		Triple P présenté en exemple
Sanders, M.R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of Treatment Gains: A comparison of Enhanced, Standard, and Self-directed Triple P-Positive Parenting Program. <i>Journal of Abnormal Child Psychology, 35</i> , 983-998.	Nowak et Heinrichs (2008)	Données manquantes
Sanders, M. R., & Calam, R. (2012). Enhancing dissemination outcomes through a population-based approach to parenting intervention. In R. K. M. D. H. Barlow (Ed.), <i>Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions</i> (pp. 209-226). New York, NY: Oxford University Press.		Présentation du modèle
Sanders, M., Calam, R., Durand, M., Liversidge, T., & Carmont, S. A. (2008). Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P-Positive Parenting Programme? <i>Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines, 49</i> , 924-932.	Nowak et Heinrichs (2008)	Groupe de comparaison avec services
Sanders, M. R., Dittman, C. K., Farruggia, S. P., & Keown, L. J. (2014). A Comparison of Online Versus Workbook Delivery of a Self-Help Positive Parenting Program. <i>The Journal Of Primary Prevention, 35</i> , 125-133.		Groupe de comparaison avec services

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Rinaldis, M., Firman, D., & Baig, N. (2007). Using household survey data to inform policy decisions regarding the delivery of evidence-based parenting interventions. <i>Child: Care, Health And Development, 33</i> , 768-783.		Utilisation de questionnaires pour aider à la prise de décisions
Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G., & Studman, L. J. (2004). Stepping Stones Triple P: The theoretical basis and development of an evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability. <i>Journal of Intellectual and Developmental Disability, 29</i> , 265-283.		Stepping Stones Triple P
Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. <i>Clinical Child And Family Psychology Review, 16</i> , 1-17.		Triple P présenté en exemple
Sanders, M. R., & McFarland, M. L. (2000). The treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. <i>Behavior Therapy, 31</i> , 89-112.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Sanders, M. R., Montgomery, D. T., & Brechman-Toussaint, M. L. (2000). The mass media and the prevention of child behavior problems. The evaluation of a television series to promote positive outcomes for parents and their children. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41</i> , 939-948.	Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007) Wilson et al. (2012)	Niveau 1
Sanders, M. R., Pidgeon, A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment? <i>Behavior Therapy, 35</i> (3), 513-535.	Nowak et Heinrichs (2008) Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Groupe de comparaison avec services
Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every family: a population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. <i>The Journal Of Primary Prevention, 29</i> , 197-222.	Wilson et al. (2012)	Étude quasi expérimentale
Sanders, M. R., Stallman, H. M., & McHale, M. (2011). Workplace Triple P: a controlled evaluation of a parenting intervention for working parents. <i>Journal of Family Psychology, 25</i> , 581-590.		Workplace Triple P
Sanders, M. R., Stallman, H. M., & McHale, M. (2011). Workplace Triple P: A controlled evaluation of a parenting intervention for working parents. <i>Journal Of Family Psychology: Journal Of The Division Of Family Psychology Of The American Psychological Association (Division 43), 25</i> , 581-590.	Nowak et Heinrichs (2008) Wilson et al. (2012)	Workplace Triple P
Schmid, H., Anliker, S., Bodenmann, G., Cina, A., Faeh, B., Kern, W., et al. (2007). Empowerment in family and school (EIFAS): A randomised controlled trial. Unpublished report.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1998). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. <i>Journal of Clinical Child Psychology, 27</i> , 34-45.	Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)	Pas Triple P
Shapiro, C. J., Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2012). Facilitators and barriers to implementation of an evidence-based parenting intervention to prevent child maltreatment: the Triple P-Positive Parenting Program. <i>Child Maltreatment, 17</i> , 86-95.		Entrevues avec des intervenants
Sofronoff, K., Jahnel, D., & Sanders, M. (2011). Stepping Stones Triple P seminars for parents of a child with a disability: a randomized controlled trial. <i>Research In Developmental Disabilities, 32</i> , 2253-2262.		Stepping Stones Triple P
Stallman, H. M., & Ralph, A. (2007). Reducing risk factors for adolescent behavioural and emotional problems: a pilot randomised controlled trial of a self-administered parenting intervention. <i>Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 6</i> , 1-13.	Wilson et al. (2012)	Pour les adolescents


Stallman, H., Ralph, A., & Sanders, M. R. (2005). Evaluation of self-directed Teen Triple P: A behavioural family intervention to reduce risk factors for adolescent behavioural and emotional problems. Unpublished manuscript.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008)	Pour les adolescents
Stallman, H. M., & Sanders, M. R. (2007). "Family Transitions Triple P": The theoretical basis and development of a program for parents going through divorce. <i>Journal of Divorce &amp; Remarriage</i> , 47, 133-153.		Family Transitions Triple P
Tehrani-Doost, M., Shahrivar, Z., Gharaie, J. M., & Alaghband-Rad, J. (2009). Efficacy of positive parenting on improving children's behavior problems and parenting styles. <i>Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology</i> , 14, 371-379.		Étude quasi expérimentale
Tellegen, C. L., & Sanders, M. R. (2013). Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: a systematic review and meta-analysis. <i>Research In Developmental Disabilities</i> , 34, 1556-1571.		Stepping Stones Triple P
Temple, J. R. (2011). Dissemination and adoption of efficacious parenting intervention programs. <i>The Journal Of Primary Prevention</i> , 32, 65-66.		Éditorial
Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> , 35, 475-495.		Méta-analyse : les articles ne répondent pas tous aux critères d'inclusion
Turner, K. M. T., Nicholson, J. M., & Sanders, M. R. (2011). The role of practitioner self-efficacy, training, program and workplace factors on the implementation of an evidence-based parenting intervention in primary care. <i>The Journal Of Primary Prevention</i> , 32, 95-112.		L'article fait ressortir les facteurs qui influencent l'implantation du programme
Turner, K. M. T., Richards, M., & Sanders, M. R. (2007). A randomised clinical trial of a group parent education program for Australian Indigenous Families. <i>Journal of Pediatrics and Child Health</i> , 43, 429-437.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008) Wilson et al. (2012)	Pour les populations autochtones
Turner, K. M. T., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. <i>Behavior Therapy</i> , 37, 131-142.	Nowak et Heinrichs (2008) Wilson et al. (2012)	Niveau 3
Turner, K. M. T., Sanders, M. R., & Wall, C. R. (1994). Behavioural parent training versus dietary education in the treatment of children with persistent feeding difficulties. <i>Behaviour Change</i> , 11, 242-258.	Wilson et al. (2012)	Trouble alimentaire
West, F., Sanders, M. R., Cleghorn, G. J., & Davies, P. S. W. (2010). Randomised clinical trial of a family-based lifestyle intervention for childhood obesity involving parents as the exclusive agents of change. <i>Behaviour Research And Therapy</i> , 48, 1170-1179.		Group Lifestyle Triple P
Whittingham, K., Ferrari, A., Pennell, C., Sanders, M., Pritchard, M., Gray, P., Callaghan, M. O., Boyd, R., & Colditz, P. (2010). What do parents want? Acceptability of a new parenting intervention for parents of infants born preterm. <i>Developmental Medicine and Child Neurology</i> , 52, 48-49.		Prem Triple P
Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2013). Stepping Stones Triple P and acceptance and commitment therapy for parents of children with cerebral palsy: Trial protocol. <i>Brain Impairment</i> , 14, 270-280.		Stepping Stones Triple P
Whittingham, K., Sofronoff, K., & Sheffield, J. (2006). Stepping Stones Triple P: A pilot study to evaluate acceptability of the program by parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. <i>Research in Developmental Disabilities</i> , 27, 364-380.	Nowak et Heinrichs (2008)	Stepping Stones Triple P
Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. R. (2009). Stepping Stones Triple P: an RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. <i>Journal Of Abnormal Child Psychology</i> , 37, 469-480.		Stepping Stones Triple P



Wiggins, T. L., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2009). Pathways Triple P-positive parenting program. Effects on parent-child relationships and child behavior problems. <i>Family Process, 48</i> , 17-530.		Parents ayant un trouble de santé mentale
Wilson, P., Rush, R., Hussey, S., Puckering, C., Sim, F., Allely, C. S., Doku, P., McConnachie, A., & Gillberg, C. (2012). How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. <i>BMC Medicine, 10</i> , 1-16.		Méta-analyse : les articles ne répondent pas tous aux critères d'inclusion
Winkler, N. (2006). <i>Veraenderungen im elterlichen Erziehungsverhalten, im Kompetenzgefuehl von Eltern und im kindlichen Verhalten durch die Teilnahme an einer Kurzberatung. Eine Evaluation der Ebene 3 der Triple P-Elternberatung (Positive Parenting Program)</i> [Changes in parenting behavior, parental feelings of competence, and child behavior through participation in a brief counseling. An evaluation of level 3 Triple P]. Muenster: Westfaelische Wilhelms-Universitaet Muenster.	Nowak et Heinrichs (2008)	Article non trouvé
Yuki Matsumoto, Y., Sofronoff, K., & Sanders, M. R. (2007). The acceptability and effectiveness of the Triple P Program with Japanese parents in a cross cultural context: Results of an efficacy trial. <i>Behaviour Change, 24</i> , 205-218.	de Graaf et al. (2008)	Article non trouvé
Zand, D. H., Braddock, B., Baig, W., Deasy, J., & Maxim, R. (2013). Role of pediatricians in fostering resilience in parents of children with autism spectrum disorders. <i>The Journal of Pediatrics, 163</i> , 1769-1771.		Stepping Stones Triple P
Zubrick, S. R., Ward, K. A., Silburn, S. R., Lawrence, D., Williams, A. A., Blair, E., Robertson, D., & Sanders, M. R. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. <i>Prevention Science, 6</i> , 287-304.	de Graaf et al. (2008) Nowak et Heinrichs (2008)	Étude quasi expérimentale



### Annexe 3 : Grille d'évaluation de la qualité (SIGN)

		<b>Methodology Checklist 2: Controlled Trials</b>	
Study identification <i>(Include author, title, year of publication, journal title, pages)</i>			
Guideline topic:		Key Question No:	Reviewer:
<p><b>Before completing this checklist, consider :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Is the paper a <b>randomised controlled trial</b> or a <b>controlled clinical trial</b>? If in doubt, check the study design algorithm available from SIGN and make sure you have the correct checklist. If it is a <b>controlled clinical trial</b> questions 1.2, 1.3, and 1.4 are not relevant, and the study cannot be rated higher than 1+</li> <li>2. Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO REJECT (give reason below). IF YES complete the checklist.</li> </ol>			
Reason for rejection: 1. Paper not relevant to key question <input type="checkbox"/> 2. Other reason <input type="checkbox"/> (please specify):			
<b>SECTION 1: INTERNAL VALIDITY</b>			
<i>In a well conducted RCT study...</i>		<i>Does this study do it?</i>	
1.1	The study addresses an appropriate and clearly focused question. <sup>i</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.2	The assignment of subjects to treatment groups is randomised. <sup>ii</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.3	An adequate concealment method is used. <sup>iii</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.4	Subjects and investigators are kept 'blind' about treatment allocation. <sup>iv</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.5	The treatment and control groups are similar at the start of the trial. <sup>v</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.6	The only difference between groups is the treatment under investigation. <sup>vi</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.7	All relevant outcomes are measured in a standard, valid and reliable way. <sup>vii</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>
1.8	What percentage of the individuals or clusters recruited into each treatment arm of the study dropped out before the study was completed? <sup>viii</sup>		
1.9	All the subjects are analysed in the groups to which they were randomly allocated (often referred to as intention to treat analysis). <sup>ix</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>
1.10	Where the study is carried out at more than one site, results are comparable for all sites. <sup>x</sup>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/> Does not apply <input type="checkbox"/>
<b>SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY</b>			

File name : Checklist 2 – Controlled Trials	Version 2.0	28/05/2012
Produced by: Carolyn Sleith	Page 1 of 3	Review date: None

2.1	How well was the study done to minimise bias? <i>Code as follows:<sup>xi</sup></i>	High quality (++) <input type="checkbox"/> Acceptable (+) <input type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>
2.2	Taking into account clinical considerations, your evaluation of the methodology used, and the statistical power of the study, are you certain that the overall effect is due to the study intervention?	
2.3	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	
2.4	<b>Notes.</b> Summarise the authors' conclusions. Add any comments on your own assessment of the study, and the extent to which it answers your question and mention any areas of uncertainty raised above.	

<sup>i</sup> Unless a clear and well defined question is specified, it will be difficult to assess how well the study has met its objectives or how relevant it is to the question you are trying to answer on the basis of its conclusions.

<sup>ii</sup> Random allocation of patients to receive one or other of the treatments under investigation, or to receive either treatment or placebo, is fundamental to this type of study.

<sup>iii</sup> Allocation concealment refers to the process used to ensure that researchers are unaware which group patients are being allocated to at the time they enter the study. Research has shown that where allocation concealment is inadequate, investigators can overestimate the effect of interventions by up to 40%.

<sup>iv</sup> Blinding refers to the process whereby people are kept unaware of which treatment an individual patient has been receiving when they are assessing the outcome for that patient. It can be carried out up to three levels. Single blinding is where patients are unaware of which treatment they are receiving. In double blind studies neither the clinician nor the patient knows which treatment is being given. In very rare cases studies may be triple blinded, where neither patients, clinicians, nor those conducting the analysis are aware of which patients received which treatment. The higher the level of blinding, the lower the risk of bias in the study.

<sup>v</sup> Patients selected for inclusion in a trial must be as similar as possible. The study should report any significant differences in the composition of the study groups in relation to gender mix, age, stage of disease (if appropriate), social background, ethnic origin, or co-morbid conditions. These factors may be covered by inclusion and exclusion criteria, rather than being reported directly. Failure to address this question, or the use of inappropriate groups, should lead to the study being downgraded.

<sup>vi</sup> If some patients received additional treatment, even if of a minor nature or consisting of advice and counselling rather than a physical intervention, this treatment is a potential confounding factor that may invalidate the results. **If groups were not treated equally, the study should be rejected unless no other evidence is available.** If the study is used as evidence it should be treated with caution.

<sup>vii</sup> The primary outcome measures used should be clearly stated in the study. **If the outcome measures are not stated, or the study bases its main conclusions on secondary outcomes, the study should be rejected.** Where outcome measures require any degree of subjectivity, some evidence should be provided that the measures used are reliable and have been validated prior to their use in the study.

<sup>viii</sup> The number of patients that drop out of a study should give concern if the number is very high. Conventionally, a 20% drop out rate is regarded as acceptable, but this may vary. Some regard should be paid to why patients dropped out, as well as how many. It should be noted that the drop out rate may be expected to be higher in studies conducted over a long period of time. A higher drop out rate will normally lead to downgrading, rather than rejection of a study.

<sup>ix</sup> In practice, it is rarely the case that all patients allocated to the intervention group receive the intervention throughout the trial, or that all those in the comparison group do not. Patients may refuse treatment, or contra-indications arise that

File name : Checklist 2 – Controlled Trials	Version 2.0	28/05/2012
Produced by: Carolyn Sleith	Page 2 of 3	Review date: None

---

lead them to be switched to the other group. If the comparability of groups through randomisation is to be maintained, however, patient outcomes must be analysed according to the group to which they were originally allocated irrespective of the treatment they actually received. (This is known as intention to treat analysis.) If it is clear that analysis was not on an intention to treat basis, the study may be rejected. If there is little other evidence available, the study may be included but should be evaluated as if it were a non-randomised cohort study.

<sup>x</sup> In multi-site studies, confidence in the results should be increased if it can be shown that similar results were obtained at the different participating centres.

<sup>xi</sup> Rate the overall methodological quality of the study, using the following as a guide: **High quality** (++) : Majority of criteria met. Little or no risk of bias. Results unlikely to be changed by further research. **Acceptable** (+) : Most criteria met. Some flaws in the study with an associated risk of bias, Conclusions may change in the light of further studies. **Low quality** (0) : Either most criteria not met, or significant flaws relating to key aspects of study design. Conclusions likely to change in the light of further studies.

File name : Checklist 2 – Controlled Trials	Version 2.0	28/05/2012
Produced by: Carolyn Sleith	Page 3 of 3	Review date: None



## Annexe 4 : Grille d'évaluation du risque de biais (Cochrane Collaboration)

The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias

Domain	Description	Review authors' judgement
Sequence generation	Describe the method used to generate the allocation sequence in sufficient detail to allow an assessment of whether it should produce comparable groups.	Was the allocation sequence adequately generated?
Allocation concealment	Describe the method used to conceal the allocation sequence in sufficient detail to determine whether intervention allocations could have been foreseen in advance of, or during, enrolment.	Was allocation adequately concealed?
Blinding of participants, personnel and outcome assessors <i>Assessments should be made for each main outcome (or class of outcomes)</i>	Describe all measures used, if any, to blind study participants and personnel from knowledge of which intervention a participant received. Provide any information relating to whether the intended blinding was effective.	Was knowledge of the allocated intervention adequately prevented during the study?
Incomplete outcome data <i>Assessments should be made for each main outcome (or class of outcomes)</i>	Describe the completeness of outcome data for each main outcome, including attrition and exclusions from the analysis. State whether attrition and exclusions were reported, the numbers in each intervention group (compared with total randomized participants), reasons for attrition/exclusions where reported, and any re-inclusions in analyses performed by the review authors.	Were incomplete outcome data adequately addressed?
Selective outcome reporting	State how the possibility of selective outcome reporting was examined by the review authors, and what was found.	Are reports of the study free of suggestion of selective outcome reporting?
Other sources of bias	State any important concerns about bias not addressed in the other domains in the tool. If particular questions/entries were pre-specified in the review's protocol, responses should be provided for each question/entry.	Was the study apparently free of other problems that could put it at a high risk of bias?

Possible approach for *summary assessments* outcome (across domains) within and across studies

Risk of bias	Interpretation	Within a study	Across studies
Low risk of bias	Plausible bias unlikely to seriously alter the results.	Low risk of bias for all key domains.	Most information is from studies at low risk of bias.
Unclear risk of bias	Plausible bias that raises some doubt about the results	Unclear risk of bias for one or more key domains.	Most information is from studies at low or unclear risk of bias.
High risk of bias	Plausible bias that seriously weakens confidence in the results.	High risk of bias for one or more key domains.	The proportion of information from studies at high risk of bias is sufficient to affect the interpretation of the results.

Criteria for judging risk of bias in the 'Risk of bias' assessment tool

<b>SEQUENCE GENERATION</b>	
<b>Was the allocation sequence adequately generated? [Short form: <i>Adequate sequence generation?</i>]</b>	
Criteria for a judgement of 'YES' (i.e. low risk of bias).	The investigators describe a random component in the sequence generation process such as: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Referring to a random number table; Using a computer random number generator; Coin tossing; Shuffling cards or envelopes; Throwing dice; Drawing of lots; Minimization*</li> </ul> <p>*Minimization may be implemented without a random element, and this is considered to be equivalent to being random.</p>
Criteria for the judgement of 'NO' (i.e. high risk of bias).	The investigators describe a non-random component in the sequence generation process. Usually, the description would involve some systematic, non-random approach, for example: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sequence generated by odd or even date of birth;</li> <li>▪ Sequence generated by some rule based on date (or day) of admission;</li> <li>▪ Sequence generated by some rule based on hospital or clinic record number.</li> </ul> <p>Other non-random approaches happen much less frequently than the systematic approaches mentioned above and tend to be obvious. They usually involve judgement or some method of non-random categorization of participants, for example:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allocation by judgement of the clinician;</li> <li>▪ Allocation by preference of the participant;</li> <li>▪ Allocation based on the results of a laboratory test or a series of tests;</li> <li>▪ Allocation by availability of the intervention.</li> </ul>
Criteria for the judgement of 'UNCLEAR' (uncertain risk of bias).	Insufficient information about the sequence generation process to permit judgement of 'Yes' or 'No'.
<b>ALLOCATION CONCEALMENT</b>	
<b>Was allocation adequately concealed? [Short form: <i>Allocation concealment?</i>]</b>	
Criteria for a judgement of 'YES' (i.e. low risk of bias).	Participants and investigators enrolling participants could not foresee assignment because one of the following, or an equivalent method, was used to conceal allocation: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Central allocation (including telephone, web-based, and pharmacy-controlled, randomization);</li> <li>▪ Sequentially numbered drug containers of identical appearance;</li> <li>▪ Sequentially numbered, opaque, sealed envelopes.</li> </ul>
Criteria for the judgement of 'NO' (i.e. high risk of bias).	Participants or investigators enrolling participants could possibly foresee assignments and thus introduce selection bias, such as allocation based on: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Using an open random allocation schedule (e.g. a list of random numbers);</li> <li>▪ Assignment envelopes were used without appropriate safeguards (e.g. if envelopes were unsealed or non-opaque or not sequentially numbered);</li> <li>▪ Alternation or rotation;</li> <li>▪ Date of birth;</li> <li>▪ Case record number;</li> <li>▪ Any other explicitly unconcealed procedure.</li> </ul>



Criteria for the judgement of 'UNCLEAR' (uncertain risk of bias).	Any one of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insufficient reporting of attrition/exclusions to permit judgement of 'Yes' or 'No' (e.g. number randomized not stated, no reasons for missing data provided);</li> <li>▪ The study did not address this outcome.</li> </ul>
<b>SELECTIVE OUTCOME REPORTING</b>	
<b>Are reports of the study free of suggestion of selective outcome reporting? [Short form: <i>Free of selective reporting?</i>]</b>	
Criteria for a judgement of 'YES' (i.e. low risk of bias).	Any of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ The study protocol is available and all of the study's pre-specified (primary and secondary) outcomes that are of interest in the review have been reported in the pre-specified way;</li> <li>▪ The study protocol is not available but it is clear that the published reports include all expected outcomes, including those that were pre-specified (convincing text of this nature may be uncommon).</li> </ul>
Criteria for the judgement of 'NO' (i.e. high risk of bias).	Any one of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Not all of the study's pre-specified primary outcomes have been reported;</li> <li>▪ One or more primary outcomes is reported using measurements, analysis methods or subsets of the data (e.g. subscales) that were not pre-specified;</li> <li>▪ One or more reported primary outcomes were not pre-specified (unless clear justification for their reporting is provided, such as an unexpected adverse effect);</li> <li>▪ One or more outcomes of interest in the review are reported incompletely so that they cannot be entered in a meta-analysis;</li> <li>▪ The study report fails to include results for a key outcome that would be expected to have been reported for such a study.</li> </ul>
Criteria for the judgement of 'UNCLEAR' (uncertain risk of bias).	Insufficient information to permit judgement of 'Yes' or 'No'. It is likely that the majority of studies will fall into this category.
<b>OTHER POTENTIAL THREATS TO VALIDITY</b>	
<b>Was the study apparently free of other problems that could put it at a risk of bias? [Short form: <i>Free of other bias?</i>]</b>	
Criteria for a judgement of 'YES' (i.e. low risk of bias).	The study appears to be free of other sources of bias.
Criteria for the judgement of 'NO' (i.e. high risk of bias).	There is at least one important risk of bias. For example, the study: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Had a potential source of bias related to the specific study design used; or</li> <li>▪ Stopped early due to some data-dependent process (including a formal-stopping rule); or</li> <li>▪ Had extreme baseline imbalance; or</li> <li>▪ Has been claimed to have been fraudulent; or</li> <li>▪ Had some other problem.</li> </ul>
Criteria for the judgement of 'UNCLEAR' (uncertain risk of bias).	There may be a risk of bias, but there is either: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insufficient information to assess whether an important risk of bias exists; or</li> <li>▪ Insufficient rationale or evidence that an identified problem will introduce bias.</li> </ul>



## Annexe 5 : Tableau de résultats de la méta-analyse de Thomas et Zimmer-Gembeck (2007)

**Table 4** Triple P child outcomes change and comparison effects

Measure	Cohorts/Studies Included <sup>a</sup>	N	Effect size (ES)	ES lower 95% CI	ES upper 95% CI	r	Conclusion
Triple P: Single Group Pre- to Post-Treatment							
Parent report	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	449	-0.73	-0.86	-0.59	-.34	Improve
Father report	A,B,F	182	-0.52	-0.73	-0.31	-.25	Improve
Teacher report	H	9	-0.04	-0.96	0.88	-.02	
Stepparent report	G	26	-0.65	-1.21	-0.09	-.31	Improve
Clinic observation	A,D,E	274	-0.31	-0.47	-0.14	-.15	Improve
Clinic observation (positive)	D	74	.41	-.06	.83	.20	
Triple P: Single Group Pre-Treatment to Follow-up							
Parent report	A,B,C,D,E,F,H,I	357	-0.70	-0.85	-0.54	-.33	Improve
Father report	A,B	154	-0.45	-0.67	-0.22	-.22	Improve
Clinic observation	A,D,E	269	-0.61	-0.78	-0.43	-.29	Improve
Clinic observation (positive)	D	74	0.36	0.03	0.68	.18	Improve
Independent Groups Comparison, Triple P vs. Waitlist							
Standard, individual							
Parent report	A,G	178	-0.69	-0.99	-0.38	-.32	
Father report	A	100	-0.60	-1.01	-0.20	-.29	
Stepparent report	G	42	-0.57	-1.20	0.07	-.27	
Clinic observation	A	136	-0.22	-0.55	0.12	-.11	
Group							
Parent report	I,J	96	-0.67	-1.08	-0.26	-.32	
Enhanced							
Parent report	A,H	149	-0.96	-1.30	-0.61	-.43	
Father report	A	101	-0.56	-0.96	-0.16	-.27	
Teacher report	H	20	-0.03	-0.91	0.85	-.02	
Clinic observation	A	129	-0.46	-0.82	-0.11	-.23	
Self-Directed							
Parent report	A,F	155	-0.51	-0.84	-0.19	-.25	
Father report	A,F	128	-1.26	-1.64	-0.88	-.53	
Clinic observation	A	132	-0.02	-0.36	0.32	-.01	
Media							
Parent report	C	46	-0.79	-1.39	-0.19	-.37	

Indicates that there was a significantly larger pre-treatment to post-treatment change (effect) within the Treatment group compared to the Comparison group. CI = Confidence interval.

<sup>a</sup>See Table 1 for a list of study codes.

Tiré de Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P-Positive parenting program : A review and méta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.



## Annexe 6 : Résultats (analyse de modérateurs) de la méta-analyse de Nowak & Heinrichs (2008)

**Table 5** Estimated effect sizes for different intensities and formats of Triple P, for different sources of assessment, and study designs in controlled comparisons (between-groups effect sizes)

		Child problem behavior ( <i>N</i> = 33) <sup>a</sup>	Parenting ( <i>N</i> = 33) <sup>a</sup>	Parental well-being ( <i>N</i> = 26) <sup>a</sup>	Parents' relationship quality ( <i>N</i> = 15) <sup>a</sup>
Triple P intensity	Level 1-3	0.21	0.38	0.19	0.13
	Level 4	0.34	0.36	0.16	0.09
	Level 5	0.56	0.49	0.20	0.30
Triple P delivery format	Individual	0.43	0.41	0.16	0.09
	Group	0.20	0.38	0.15	0.12
	Self-administered	0.03	0.35	0.25	0.14
Source of assessment	Mother	0.42	0.45	0.20	0.13
	Father	0.26	0.25	0.07	0.07
	Behavioral observation	0.18	0.18	–	–
Study design	RCT	0.48	0.42	0.20	0.16
	nonRCT	0.10	0.32	0.10	0.04

<sup>a</sup> Samples reported in several studies are counted only once



Centre jeunesse  
de Québec

Institut universitaire



Unité d'évaluation des technologies et des modes  
d'intervention en services sociaux

Direction des services professionnels  
et des affaires universitaires

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Janvier 2015