



Prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant par le programme Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

M. Dell'armi, Jeanne Kruck, L. Niec

► To cite this version:

M. Dell'armi, Jeanne Kruck, L. Niec. Prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant par le programme Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *Pratiques Psychologiques*, 2020, 26 (3), pp.167-182. <10.1016/j.prps.2020.02.002>. <hal-03345964>

HAL Id: hal-03345964

<https://hal.science/hal-03345964v1>

Submitted on 15 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

**Prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant par le programme
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)**

Treating pre-school child's behavior disorder through Parent-Child Interaction Therapy
(PCIT)

Auteurs : Mélina Dell'armi, Jeanne Kruck et Larissa Niec

Coordonnées :

Mélina Dell'armi : Centre d'Etudes et de Recherche en Psychopathologie et Psychologie de la
Santé. Université Toulouse 2 Jean Jaurès

5 allées Antonio Machado 31058 Toulouse Cedex 9

Email : melina.dellarmi@univ-tlse2.fr

Jeanne Kruck : Centre d'Etudes et de Recherche en Psychopathologie et Psychologie de la
Santé. Université Toulouse 2 Jean Jaurès

5 allées Antonio Machado 31058 Toulouse Cedex 9

Email : jeanne.kruck@univ-tlse2.fr

Larissa Niec : Center for Children, Families and Communities, Department of Psychology.
Central Michigan University, Mount Pleasant, MI, USA.

Email : niec11@cmich.edu

Prise en charge des troubles du comportement du jeune enfant par le programme Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

Résumé

Introduction : Les troubles du comportement chez l'enfant d'âge préscolaire engendrent de nombreuses répercussions négatives au sein de la famille ainsi que dans la vie de l'enfant. Outre-Atlantique, plusieurs programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ont ainsi vu le jour ces 40 dernières années. Il s'agit d'interventions basées sur les preuves recommandées dans la prise en charge des troubles du comportement de l'enfant. Literature findings : Le programme PCIT, récemment traduit en français, est un PEHP proposant un accompagnement des parents sous la forme de coaching in vivo, fondé sur les théories de l'attachement, des pratiques éducatives et des thérapies comportementales. La thérapie suit deux phases : une phase d'interaction dirigée par l'enfant, et une autre dirigée par le parent. Chaque phase, commence par une séance d'enseignement des techniques parentales, et est suivie par des séances de coaching in-vivo, au cours desquelles les parents jouent avec leur enfant et appliquent ces techniques. Il s'agit d'une thérapie brève (14 séances en moyenne), individualisée et adaptée aux difficultés rencontrées par les familles. Plusieurs articles et méta-analyses mettent en avant des tailles d'effet élevées, égales ou supérieures aux PEHP existants. Discussion : Même si les PEHP apparaissent comme des traitements de choix auprès des familles confrontées aux troubles du comportement de l'enfant, les taux d'attrition restent élevés. Afin de réduire ce taux, plusieurs adaptations du PCIT sont aujourd'hui proposées : à la maison, de manière intensive, en format court ou encore à distance. Conclusion : La pratique de la thérapie PCIT peut donc permettre à de nombreux professionnels de développer un plus large panel d'offre de soin dans le traitement des troubles du comportement du jeune enfant, sous un format individuel.

Mots clés : Parent-Child Interaction Therapy ; troubles du comportement ;
enfants ; PEHP

Treating pre-school child's behavior disorder through Parent-Child

Interaction Therapy (PCIT)

Abstract

Introduction: Behavioral disorders in preschool children have negative repercussions for families and children. Across the Atlantic, many Parent Management Training (PMT) programs have emerged over the last 40 years. These are evidence-based intervention, recommended for the management of children's behavioral disorders.

Literature findings: Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), recently translated into French, is a PMT providing in-vivo coaching, based on attachment theory, parenting styles and behavioral therapy. PCIT is structured into two distinct intervention phases: the child-directed interaction, and the parent-directed interaction. Each phase begins with a parental skill teach session, followed by in-vivo coaching sessions, where parent and child dyad are playing together. It is a brief therapy (14 sessions in average), individualized and adapted to families' difficulties. Several articles and meta-analyzes highlight high effect sizes, equal to or greater than existing PMT. Discussion: Although PMT appears to be a best-practice treatment for behavioral disorders, attrition rates remain high. In order to reduce this rate, several adaptations of PCIT are now offered: at home, intensive, short format or remotely. Conclusion: PCIT can therefore allow many professionals to develop a broader range of behavioral disorders treatment for pre-school children, in an individual format.

Keywords: PCIT; behavioral disorders; children; parent management training

Introduction

Avant l'âge de 6 ans, il n'est pas rare que certains enfants manifestent des comportements d'agitation, d'impulsivité, d'agressivité, de désobéissance, d'opposition ou encore de crises de colères (McMahon, 1994). Ces comportements deviennent problématiques lorsqu'ils sont fréquents, intenses, et qu'ils entravent le développement et l'adaptation de l'enfant au sein de ses différents milieux de vie (Roskam, Kinoo, & Nassogne, 2007). On parle alors de « trouble du comportement externalisé » (Achenbach, 1966), qui se définit comme « un ensemble de comportements observables qui reflètent l'action négative de l'enfant sur l'environnement extérieur » (Campbell, Shaw, & Gilliom, 2000; Eisenberg et al., 2001).

Dans les études scientifiques, il est davantage fait référence aux catégories des manuels de classifications internationales des troubles, dans une recherche de rigueur et d'homogénéisation internationale des critères de diagnostic. Ainsi, le dernier manuel de classification internationale des troubles mentaux (DSM, 5^e édition, APA, 2013) regroupe ces troubles en fonction de la sévérité des comportements et de la nature des difficultés présentées dans deux catégories. La première, le Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) fait référence à « un ensemble d'humeur colérique/irritable, de comportement querelleur/provocateur ou d'un esprit vindicatif » (APA, 2013). La seconde est le Trouble des Conduites (TC), qui fait référence à « un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales » (APA, 2013). En population générale, la prévalence du TOP varie de 1 à 11% selon les études avec une moyenne estimée à 3,3% (Canino, Polanczyk, Bauermeister, Rohde, & Frick, 2010). Le TC a quant à lui une prévalence comprise entre 2% et 10% et une médiane à 4% (Costello, Egger, & Angold, 2005). Ces troubles touchent plus fréquemment les garçons que les filles, et sont souvent concomitants avec le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH ; Angold,

Costello, & Erkanli, 1999). D'après l'étude de Barkley et Murphy (2006), près de 55% des enfants avec TDAH développent un TOP.

L'incidence de ces troubles amène à des conséquences économiques considérables en ce qui concerne les services de santé mentale et les services sociaux, l'éducation ou encore l'application des lois (Dunlap, Strain, & Fox, 2006; Nock & Kazdin, 2005; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989). En effet, les enfants d'âge préscolaire qui développent des problèmes de comportement ont plus de risque de présenter des patterns défavorables au développement tels que des difficultés scolaires, des interactions parents-enfants conflictuelles, le rejet par les pairs ou encore des comportements antisociaux ou de délinquance (Caspi, Moffitt, Newman, & Silva, 1996; Hofstra, Van Der Ende, & Verhulst, 2002; Patterson et al., 1989; Stevenson & Goodman, 2001). De plus, il s'agit de l'un des motifs de consultation les plus courants (Kazdin, 1994). Ces troubles représentent un enjeu sociétal important. Il semble donc important de mettre en place des interventions précoces afin de traiter efficacement ces comportements et agir ainsi sur les trajectoires développementales (Cicchetti & Rogosh, 1996 ; Collective, 2005).

Plusieurs facteurs de risque et de protection d'origine bio-psycho-sociale sont repérés dans la littérature, dans un système dynamique complexe d'interdépendance (Deater-Deckard, Dodge, Bates, & Pettit, 1998; Jianghong, 2004). Parmi ceux-ci, des facteurs individuels, des facteurs familiaux et des facteurs environnementaux tels que le fonctionnement cognitif de l'enfant, son tempérament, le milieu socio-économique, ou les pratiques éducatives parentales peuvent être cités (Kazdin & De Los Reyes, 2008; Saudino, Carter, Purper-Ouakil, & Gorwood, 2008). Toutefois, le fonctionnement parental et les interactions parents-enfants sont repérés comme étant des facteurs de risque majeurs dans le développement des troubles du comportement (Frick, 2012; Olson, Bates, Sandy, & Lanthier,

2000; Reid, Patterson, & Snyder, 2002). En effet, le modèle de Patterson (1982) permet de saisir l'importance des pratiques éducatives parentales pour comprendre le développement, le maintien ou l'aggravation des difficultés comportementales des enfants. Selon cet auteur, ces difficultés sont initiées ou maintenues par les interactions dysfonctionnelles entre parents et enfants, qui s'engagent activement dans un cercle vicieux. D'un côté, l'enfant apprend à développer des comportements externalisés inadaptés qui lui permettent d'obtenir ce qu'il désire et l'amènent à agir de manière similaire avec ses pairs. De l'autre les pratiques parentales deviennent de plus en plus coercitives et inconsistantes, comme le recours à des menaces de punitions, à des violences verbales ou physiques. Les comportements adaptés des enfants sont souvent ignorés et l'enfant apprend à attirer l'attention des parents par des comportements inadaptés. Un cercle vicieux s'installe où les comportements des parents et des enfants se renforcent mutuellement avec une escalade des comportements négatifs (Sameroff, 2009)

De la même manière que les interactions parents-enfants peuvent agir comme un facteur de risque sur les comportements de l'enfant, elles peuvent également être un des moyens les plus puissants pour agir de manière positive sur ces comportements (Kochanska, Barry, Stellern, & O'Bleness, 2009; Mcneil & Hembree-Kigin, 2008). Ainsi, de plus en plus de services de prise en charge se tournent vers des formes de traitement qui impliquent les parents. Ceux-ci sont vus comme des agents de changement, puisqu'ils sont confrontés quotidiennement aux problèmes de comportement et qu'ils sont les premiers agents de socialisation de leurs enfants (Besnard, Houle, Letarte, & Blackburn Maltais, 2013). L'un des traitements recommandé, documenté et basé sur les preuves pour les troubles du comportement, est celui des « Programmes d'Entraînement aux Habiletés Parentales » (PEHP), également connus sous l'appellation « Behavioral Parent Training » ou « Parent Management Training » dans les pays anglophones. Ils visent à

modifier les pratiques parentales, par l'acquisition de compétences parentales spécifiques (Perisse, Gerardin, Cohen, Flament, & Mazet, 2006). La revue de méta-analyse de Kaminsky, Valle, Filene & Boyle (2008) a mis en avant un certain nombre de composantes de PEHP amenant à de meilleurs effets pour le traitement des troubles externalisés du comportement. Il s'agit de l'amélioration des interactions positives entre parents et enfants, l'utilisation du « time-out » comme technique de discipline, la mise en place de réponses cohérentes aux comportements de l'enfant, et enfin la pratique des techniques apprises auprès de l'enfant. Ces différentes composantes sont souvent retrouvées dans les principaux PEHP, qui s'inspirent pour la plupart du modèle en deux phases de Hanf (1969). En effet, le travail de Hanf a largement contribué au développement des PEHP, qui sont aujourd'hui parmi les plus utilisés et reconnus dans le monde (Kaehler, Jacobs, & Jones, 2016; Reitman & McMahon, 2013). Parmi les PEHP validés scientifiquement les plus connus, nous pouvons citer le programme de Barkley, « Defiant Child » (Barkley, 1987), « The Incredible Years » (Webster-Stratton, 1992), « Parent-Child Interaction Therapy » (PCIT ; Eyberg, 1988), « COmmunity Parent Education program » (COPE ; Cunningham, Bremner, Secord, & Harrison, 2009) ou encore « Helping the Noncompliant Child » (HNC ; Forehand & McMahon, 1981), ces deux derniers programmes n'ont toutefois pas été traduits en français. Tous les concepteurs de ces PEHP ont été directement ou indirectement en contact avec le Dr Hanf lors de leur formation (Reitman & McMahon, 2013). C'est pourquoi ces différents PEHP, partageant de nombreuses composantes dans leur programme (Kaehler et al., 2016). Tous s'inspirent de l'approche comportementale ou de l'apprentissage social, ils ont tous une durée comprise entre 10 et 20 sessions de traitement, et chaque séance est structurée selon un manuel standardisé dédié. On remarque également que les composantes clés de la méta-analyse de Kaminsky et al. (2008) sont également retrouvées dans ces différents PEHP. Bien que

présentant des éléments communs, ces PEPH diffèrent sensiblement sur plusieurs critères, tels que l'âge, le nombre de séances, ou encore le format utilisé. En effet, certains PEHP sont proposés pour des groupes de parents, alors que d'autres sont utilisés en séances individuelles. L'intervention en groupe présente certains avantages, comme la possibilité de recevoir du soutien social de la part d'autres parents, et un coût moins important (Webster-Stratton, 1992a), mais elle reste moins flexible au niveau du rythme des apprentissages et moins individualisée aux difficultés rencontrées par les parents.

Un tableau descriptif synthétique est proposé (voir tableau 1) reprenant le programme en deux phases de Hanf, les trois PEHP actuellement traduits en français, ainsi que le programme Triple P (Sanders, 1999), un programme australien qui n'est pas directement inspiré du modèle de Hanf mais qui présente des éléments similaires, et qui est également disponible en langue française (pour le programme standard).

-----Insérer Tableau 1-----

En France, il existe des PEHP dont les études de validation ont été publiées, pour le TDAH (Cappe, Rougé, Elkhatib, Saiag, & Delorme, 2016; Hauth-Charlier & Clément, 2014) ainsi que pour le TSA (Derguy, Poumeyreau, Pingault, & M'bailara, 2018; Ilg et al., 2018), qui proposent tous des interventions en groupe.

Alors que ces programmes proposent un accompagnement en groupe ou en individuel mais sans la présence de l'enfant, le programme PCIT intervient auprès de la famille et de l'enfant par un coaching « in-vivo ». Le développement du PCIT en France, pourrait donc représenter une modalité d'intervention alternative aux autres PEHP concernant le traitement des troubles du comportement pour les enfants d'âge pré-scolaire. Cet article vise ainsi à présenter les spécificités du programme PCIT, à travers ses principes théoriques, ses composantes cliniques, les principaux résultats des

études scientifiques, les étapes de la formation au PCIT ainsi que ses limites.

Thérapie d'Interaction Parent-Enfant : PCIT

La thérapie PCIT a été développée dans les années 80 par Sheila Eyberg, pour les enfants d'âge préscolaire, afin de traiter les troubles du comportement perturbateur (« Disruptive Behavior Disorders »), catégorie du DSM-III-R (APA, 1987) du DSM-IV et du DSM-IV-TR (APA, 1994, 2000) qui regroupait le TOP, le TC et le TDAH (Beauchaine, Hinshaw, Drabick, Steinberg, & Hampton, 2014). Aujourd'hui, les classifications ont séparé le TDAH, maintenant regroupé dans les Troubles Neurodéveloppementaux, du TOP et du TC, classés dans les Troubles Disruptifs, des impulsions et des conduites (American Psychiatric Association, 2013; Hawes, 2014)

Le but de cette thérapie est de modifier les patterns d'interaction parents-enfants afin d'agir sur le comportement de l'enfant, tout en favorisant les pratiques parentales positives et adaptées. Elle s'appuie à la fois sur les principes de la théorie de l'attachement et de l'apprentissage social, pour enseigner le style parental démocratique (Baumrind, 1971; Maccoby & Martin, 1983). Ce style parental implique une bonne communication, des limites claires fixées par les parents, tout en permettant aux enfants de développer leur autonomie. La théorie de l'attachement (Bowlby, 1970) soutient qu'un parent réceptif, sensible aux besoins de son enfant contribue à une meilleure auto-régulation et à une meilleure régulation socio-émotionnelle de l'enfant. Un attachement parent-enfant « sécure » améliore le désir de l'enfant de faire plaisir à ses parents et sa compliance (Bowlby, 1979 in Ghuman & Ghuman, 2014). Au contraire, un parent qui ne réagit pas aux besoins de l'enfant, imprévisible et sévère, mène à un attachement « insécure ». La thérapie PCIT part du postulat qu'une relation d'attachement sécure est une fondation nécessaire pour établir un cadre de limites efficaces

et une cohérence dans la discipline, amenant à une meilleure santé mentale pour le parent et l'enfant (Mcneil & Hembree-Kigin, 2008). Afin d'interrompre un cycle de comportements négatifs entre parents et enfants, les parents apprennent à intégrer un cadre clair de limites, dans le contexte d'une relation basée sur un style éducatif « démocratique ». Par ailleurs, la perspective développementale est primordiale dans la thérapie PCIT, car de nombreux comportements-problèmes peuvent venir des attentes inappropriées à l'âge de développement de l'enfant (Eyberg, 1988).

La spécificité du PCIT, comme évoqué ci-dessus, réside dans son intervention en direct et en situation (« in vivo ») auprès des parents, où le thérapeute utilise des techniques de feedback, issues des thérapies comportementales (modeling, renforcement social, attention différentielle), pendant que les parents jouent à tour de rôle avec l'enfant. Ce coaching permet de corriger les erreurs parentales rapidement, avant qu'elles ne deviennent ancrées dans les pratiques quotidiennes. Il s'agit d'un outil qui permet un meilleur apprentissage des techniques parentales, tout en individualisant la thérapie pour chaque famille. Plusieurs études ont montré qu'il s'agit d'un mécanisme de changement puissant des compétences parentales (Barnett, Niec, & Acevedo-Polakovich, 2014; Packard, Robinson, & Grove, 1983 ; Shanley & Niec, 2010). De plus, ce coaching individualisé permet d'avancer dans le programme au rythme de la famille, en fonction des progrès réalisés, évalués chaque semaine lors de l'observation des interactions dyadiques parent-enfant et par la passation de questionnaires remplis par les parents.

Au niveau du matériel, le coaching in vivo peut être réalisé grâce à une oreillette portée par les parents, ou par la présence du thérapeute dans la même pièce (Briegel, Walter, Schimek, Knapp, & Bussing, 2015). Le recours à un miroir sans tain est souvent utilisé, mais peut être remplacé en clinique privée par l'utilisation d'un système de caméra filmant en direct et d'un talkie-walkie.

Composantes cliniques

La thérapie PCIT, selon le manuel le plus récent (Eyberg & Funderburk, 2011) se déroule en deux phases. La première phase, appelée IDE ou Interaction Dirigée par l'Enfant, a pour objectif d'améliorer la relation parent-enfant en utilisant des techniques centrées sur l'enfant, et des techniques de modification du comportement non conflictuelles. L'IDE commence par une séance didactique d'enseignement pour les parents, qui assistent à la séance sans leur enfant, durant laquelle sont exposées les techniques à utiliser. Il s'agit des techniques « FIER De », acronyme correspondant à ce qu'il faut faire durant les temps de jeu avec l'enfant : Féliciter, Imiter, Être enthousiaste, Répéter et Décrire ce que fait l'enfant. On demande également durant ces temps de jeu d'éviter les Critiques, Ordres et Questions, et de combiner les techniques « FIER De » avec le retrait d'attention (ignorer les troubles du comportement mineurs qui ne sont pas destructifs ni agressifs). Les séances **suivantes** sont des séances de coaching, qui commencent par une évaluation du comportement de l'enfant grâce à un questionnaire (Eyberg Child Behavior Inventory – ECBI ; Eyberg & Pincus, 1999), et une observation des interactions parents-enfant grâce à une grille d'observation dédiée permettant de cibler spécifiquement les éléments du coaching (Dyadic Parent-Child Interaction Coding System – DPICS ; Eyberg, Nelson, Ginn, Bhuiyan, & Boggs, 2013). Enfin, les parents sont invités à travailler ces techniques entre les séances durant des temps de jeu quotidien de 5 minutes. Ces 5 minutes sont suffisantes pour être efficaces, et faciles à mettre en place dans une routine quotidienne.

La durée de la première phase et le nombre de séances nécessaires dépendent de la vitesse à laquelle les parents atteignent la maîtrise des techniques de la phase IDE. Une fois que les parents ont atteint les critères de maîtrise de la première phase, la famille poursuit le traitement avec la

seconde phase, l'Interaction Dirigée par le Parent (IDP). L'objectif de l'IDP, est l'apprentissage d'une technique de discipline utilisant des principes comportementaux qui mettent l'accent sur la cohérence, la prédictibilité, la constance et la régularité.

Comme pour l'IDE, l'IDP commence par une séance d'enseignement, où sont enseignés l'utilisation de consignes efficaces, et la mise en place d'une procédure de discipline qui est structurée et appropriée au développement de l'enfant (« Time out » ou « Temps de retrait »). Les parents mettent en pratique ces techniques durant les séances de coaching qui suivent, avec pour but de généraliser leurs compétences dans la vie quotidienne. Une fois de plus, le nombre de séances nécessaire dépend de la maîtrise des critères de compétence de l'IDP. Une fois que les parents maîtrisent la procédure de discipline, des séances sont réalisées dans des lieux publics en présence du thérapeute, si nécessaire. La mise en place de règles à suivre à la maison peut également être proposée.

La thérapie se termine lorsque les parents atteignent les critères de maîtrise des techniques IDE et IDP, qu'ils se montrent confiants pour gérer le comportement de l'enfant de manière autonome, et que les scores au questionnaire sur le comportement de l'enfant (ECBI ; Eyberg, 1992) est compris dans un demi écart-type à la moyenne des enfants de son groupe d'âge. Une moyenne de 14 séances est retrouvée pour le traitement PCIT (Mcneil & Hembree-Kigin, 2008).

Études sur l'efficacité de la thérapie PCIT

Un nombre important de recherches a été réalisé sur le PCIT. Un tableau répertoriant l'ensemble des publications relatives à la thérapie PCIT, disponible sur le site www.PCIT.org recense 304 études, dont 71 recherches avec protocole expérimental (essai contrôlé et randomisé), et 48 revues de la littérature. Ainsi un essai contrôlé et randomisé a été réalisé avec 64 familles d'enfants répondant aux critères TOP, âgés entre 3 et 6 ans assignés de

manière aléatoire soit dans un groupe contrôle (liste d'attente) soit dans un groupe en traitement PCIT (Schuhmann, Foote, Eyberg, Boggs, & Algina, 1998). Les parents du groupe PCIT rapportent une baisse cliniquement significative du niveau de stress parental et des comportements problèmes de l'enfant, ainsi qu'un Locus of Control davantage interne qu'externe, ce qui n'est pas le cas des parents du groupe contrôle. De plus, les résultats ont été maintenus lors de l'évaluation 4 mois après la fin du traitement. D'autres études longitudinales ont retrouvé des effets qui perdurent entre 10 et 30 mois après la fin du traitement pour des familles d'enfants avec TOP et/ou TDAH (Boggs et al., 2005), et jusqu'à 3 à 6 ans dans l'étude de Hood & Eyberg (2003). Outre les résultats positifs retrouvés pour l'enfant suivi, des études ont montré que les résultats se généralisaient également aux enfants de la fratrie (Brestan, Eyberg, Boggs, & Algina, 1997), et également dans le contexte scolaire (McNeil, Eyberg, Hembree Eisenstadt, Newcomb, & Funderburk, 1991). L'étude de Funderburk et al. (1998) a également montré la généralisation des bénéfices du traitement sur les comportements des enfants en classe, sans qu'il n'y ait eu d'intervention à l'école. Le tableau 2 répertorie les résultats principaux des études sur l'efficacité du PCIT. Les études présentées dans ce tableau sont celles qui évaluent l'efficacité (« efficacy study ») au sens d'une conception de recherche stricte, avec une validité interne élevée, une randomisation des familles et la présence d'un groupe contrôle. Nous avons choisi de présenter uniquement les études sur le programme PCIT original.

-----Insérer Tableau 2-----

Par ailleurs, plusieurs méta-analyses ont été réalisées et montrent toutes de larges effets de la thérapie PCIT (Cooley, Veldorale-Griffin, Petren, & Mullis, 2014; Ward, Theule, & Cheung, 2016), en comparaison avec le programme « Triple P » dont les tailles d'effet sont de modéré à large (Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007). La dernière méta-analyse en date

(Thomas, Abell, Webb, Avdagic, & Zimmer-Gembeck, 2017) a comparé 23 études. Les auteurs montrent que le groupe de thérapie PCIT était plus efficace pour réduire les troubles du comportement externalisé, et le stress parental comparativement aux groupes contrôles des 23 études présentées (52% étant un groupe contrôle de liste d'attente). Enfin, cette méta-analyse montre que l'efficacité du PCIT ne diffère pas selon la durée des sessions, le lieu (en clinique universitaire ou dans des cadres de soin habituel) ou le diagnostic de l'enfant.

Outre aux États-Unis, plusieurs chercheurs étrangers ont mené des études pour examiner l'efficacité de la thérapie PCIT dans des contextes culturels et linguistiques différents. Les premières études ont été réalisées sur les populations hispanophones vivant aux États-Unis (Borrego, Anhalt, Terao, Vargas, & Urquiza, 2006; McCabe, Yeh, Garland, Lau, & Chavez, 2005; McCabe, Yeh, Lau, & Argote, 2012) et montrent que la thérapie PCIT reste efficace dans ce contexte. Ces résultats ont été retrouvés lors de l'implantation du PCIT à Porto Rico (Matos, Bauermeister, & Bernal, 2009) ou encore en Australie (Phillips, Morgan, Cawthorne, & Barnett, 2008). La transposition du PCIT à l'étranger a également été étudiée par le biais d'une méta-analyse à multiple niveaux, montrant que les tailles d'effet des études réalisées aux États-Unis et dans les pays étrangers ne montrent pas de différence significative pour réduire les troubles du comportements de l'enfant, y compris dans des pays dont la culture est éloignée de celle des pays occidentaux (Leijten, Melendez-Torres, Knerr, & Gardner, 2016). Par ailleurs, des preuves d'efficacité sont apportées par des études publiées en Chine (Leung, Tsang, Heung, & Yiu, 2009; Leung, Tsang, Ng, & Choi, 2017), au Japon (Hosogane, Kodaira, Kihara, Saito, & Kamo, 2018) et également en Europe, en Allemagne, en Norvège, ou encore aux Pays-Bas (Abrahamse et al., 2012; Bjørseth & Wichstrøm, 2016; Briegel et al., 2015; Schimek, Walter, Bussing, & Briegel, 2014).

Formation à la thérapie PCIT

Au-delà de l'impact de la taille d'effet, le processus de formation des thérapeutes est déterminant pour faire bénéficier les familles des effets du programme. Dans les PEHP, l'évaluation de l'efficacité du traitement est souvent plus documenté que l'évaluation de la diffusion et de la mise en œuvre du traitement (e.g. efficacité de la formation, actualisation scientifique du programme ; Baumann et al., 2015). Ainsi, de plus en plus de scientifiques mènent des recherches sur certaines questions importantes pour la formation au PCIT. Il s'agit par exemple de : « Quelles composantes rendent la formation plus efficace ? », « Quels obstacles les thérapeutes rencontrent-ils tout au long de leur formation ? », « Comment les institutions peuvent-elles maintenir au mieux leurs programmes PCIT ? » (Christian, Niec, Acevedo-Polakovich, & Kassab, 2014; Herschell, Reed, Mecca, & Kolko, 2014; Niec, 2018).

Comme c'est souvent le cas pour les interventions fondées sur les preuves, une entreprise dirigée par le fondateur de la thérapie, est chargée d'assurer la fidélité au programme original. PCIT International, Inc est une entreprise qui remplit cette mission (1) en développant et en promouvant les exigences de formation au PCIT, (2) en supervisant la certification de thérapeutes et de formateurs, (3) en assurant la formation continue et (4) en promouvant la qualité de la recherche en PCIT.

Les exigences en matière de formation des thérapeutes PCIT ont été développées par un groupe de réflexion composé de formateurs experts. Elles sont basées sur la littérature existante en termes de formation ainsi que sur l'expérience de ses membres. Une première étude sur la formation au PCIT a montré que les thérapeutes qui apprennent de manière autonome (e.g. lire le manuel de traitement sans l'intervention d'un formateur) ne

parviennent pas à s'approprier pleinement les techniques et compétences du PCIT (Herschell, McNeil, & McNeil, 2004).

La formation PCIT pour les psychologues comprend donc un éventail de techniques de formation (i.e. format didactique, jeu de rôle, participation active), avec un accent mis sur l'apprentissage par l'expérience. La formation de thérapeute PCIT dure approximativement une année. Elle comprend plusieurs jours de formation en présentiel, ainsi qu'une supervision comprenant le visionnage des séances de thérapie enregistrées. Par ailleurs, la fidélité de la mise en œuvre du programme est contrôlée pendant la formation et après la certification, grâce à des checklists détaillées pour chaque séance. Celles-ci peuvent être utilisées par le thérapeute lui-même, les formateurs, les superviseurs ou les évaluateurs du programme.

Ainsi, l'objectif principal de cette formation vise à développer les compétences des thérapeutes afin qu'ils appliquent correctement le modèle, ainsi qu'à maintenir sa fidélité au fil du temps.

Discussion

Bien que les PEHP apparaissent comme des traitements de choix pour les troubles du comportement de l'enfant, leur principale limite reste l'abandon des patients avant la fin de la thérapie (Kazdin, Mazurick, & Siegel, 1994; Lavigne et al., 2010; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Également pour le PCIT, les taux d'attrition sont élevés et variables, selon les études ils se situent entre 33 et 69% (Harwood & Eyberg, 2004 ; Lanier et al., 2011 ; Lyon & Budd, 2010 ; Werba, Eyberg, Boggs, & Algina, 2006).

Dans les études réalisées aux États-Unis, les facteurs de l'attrition sont divers. Certaines études montrent que la structure de la famille, l'appartenance à un groupe social minoritaire, et la catégorie socio-professionnelle sont des prédicteurs de l'attrition (Bagner & Graziano, 2013 ; Fernandez & Eyberg, 2009). Une raison souvent invoquée par les familles

est d'être trop occupées, ou de subir des facteurs de stress additionnels pouvant interférer avec la participation (Fernandez & Eyberg, 2009). Toutefois, d'autres résultats sont retrouvés dans une étude réalisée aux Pays-Bas. Les facteurs pour l'arrêt prématuré de la thérapie sont un âge plus élevé de l'enfant, et des niveaux élevés de symptômes d'anxiété et de dépression chez la mère (Abrahamse, Nieuwenhuis, Junger-Tas, Boer, & Lindauer, 2016).

Afin de réduire ce taux, plusieurs adaptations du PCIT sont aujourd'hui proposées, et ont fait l'objet de publications. Par exemple, l'utilisation du programme PCIT à la maison, ou sur un temps limité (e.g. en 12 séances ou de manière intensive) ont montré un meilleur engagement de la part des familles participantes comparativement au programme usuel (Galanter et al., 2012 ; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011). Également l'utilisation des nouvelles technologies s'est peu à peu développée afin de rendre l'accès au programme plus flexible, notamment pour des familles éloignées des centres de thérapie (Comer et al., 2014 ; Fleming, Kimonis, Dattner, & Comer, 2017 ; Murray, Woodruff, Moon, & Finney, 2015). Enfin, l'association d'un module d'amélioration de la motivation a également été étudiée, notamment auprès d'enfants victimes de maltraitance parentale (Chaffin et al., 2009).

Conclusion

Influencés par le travail de Constance Hanf et de ses collaborateurs, les PEHP se sont largement développés durant ces 40 dernières années, permettant de proposer aux parents d'enfants présentant des troubles du comportement externalisés des traitements de choix, dont l'efficacité a été démontrée par de multiples études. Dans les pays anglophones, ceux-ci sont davantage diversifiés pour le traitement des troubles du comportement. Les familles peuvent ainsi choisir le programme en fonction de l'âge de l'enfant, de ses caractéristiques, ou des préférences dans le format délivré. Le choix des programmes proposés en langue française est plus restreint, ceux-ci se

faisant surtout en groupe et sans la présence de l'enfant. Ainsi, pour certaines familles qui peuvent être freinées par le format en groupe, ou dont les besoins spécifiques exigent un suivi individuel, le PCIT peut représenter une alternative intéressante. En effet, l'utilisation du coaching in vivo est un élément clé de la réussite dans l'acquisition de nouvelles compétences parentales (Kaminski et al., 2008 ; Shanley & Niec, 2010). Ce coaching permet également d'individualiser la thérapie, et de s'adapter aux variations cliniques retrouvées dans les troubles du comportement. C'est pourquoi le PCIT n'a cessé de s'étendre et de s'adapter aux besoins des familles, afin d'atteindre les situations cliniques spécifiques. On peut en effet citer l'application ou l'adaptation de ce modèle de thérapie en deux phases aux enfants victimes de maltraitance ou placés en famille d'accueil (Allen, Timmer, & Urquiza, 2016; Mark Chaffin et al., 2004 ; Herschell, Scudder, Schaffner, & Slagel, 2017 ; Kennedy, Kim, Tripodi, Brown, & Gowdy, 2016 ; Timmer, Urquiza, & Zebell, 2006 ; Timmer, Urquiza, Zebell, & McGrath, 2005 ; Topitzes, Mersky, & Mcneil, 2015), avec des troubles internalisés (e.g. anxiété, dépression ; Comer et al., 2012 ; Lenze, Pautsch, & Luby, 2011 ; Luby, Lenze, & Tillman, 2012 ; Puliafico, Comer, & Albano, 2013 ; Puliafico, Comer, & Pincus, 2012), avec des troubles développementaux ou neurodéveloppementaux (e.g. TSA, troubles ou retard de langage, surdité, mutisme sélectif ; Allen & Marshall, 2010 ; Bagner, Sheinkopf, Vohr, & Lester, 2010 ; Day, Costa, Previ, & Caverly, 2016 ; Garcia, Barroso, Kuluz, & Bagner, 2016 ; Masse, McNeil, Wagner, & Quetsch, 2016 ; Cheryl Bodiford McNeil, Quetsch, & Anderson, 2018), pour les très jeunes enfants (PCIT-Toddlers ; Girard, Wallace, Kohlhoff, Morgan, & McNeil, 2018 ; Phillips et al., 2008), et dans le contexte scolaire (TCIT ; Fernandez et al., 2015 ; Rachel A. Gershenson, Aaron R. Lyon, & Karen S. Budd, 2010) – pour une revue récente de la littérature voir Niec (2018). Ainsi, la diffusion du PCIT en langue française peut donc permettre à de nombreux patients francophones de bénéficier de l'efficacité de ce type

de thérapie, et aux professionnels de développer un plus large panel d'offre de soin dans le traitement des troubles du comportement du jeune enfant.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

- Abrahamse, M. E., Junger, M., Chavannes, E. L., Coelman, F. J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2012). Parent–child interaction therapy for preschool children with disruptive behaviour problems in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-24>
- Abrahamse, M. E., Niec, L. N., Junger, M., Boer, F., & Lindauer, R. J. L. (2016). Risk factors for attrition from an evidence-based parenting program: Findings from the Netherlands. *Children and Youth Services Review*. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.02.025>
- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological monographs*, 80(7), 1-37. <https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Allen, B., Timmer, S. G., & Urquiza, A. J. (2016). Parent–Child Interaction Therapy for sexual concerns of maltreated children: A preliminary investigation. *Child Abuse & Neglect*, 56, 80-88. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.04.008>
- Allen, J., & Marshall, C. R. (2010). Parent–Child Interaction Therapy (PCIT) in school-aged children with specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(1), 101018023331052. <https://doi.org/10.3109/13682822.2010.517600>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity, 40(1),

- APA. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Text Revision (DSM-III-R)*.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, (DSM-IV)*. Washington DC.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* (Vol. 1). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>
- Bagner, D. M., & Graziano, P. A. (2013). Barriers to Success in Parent Training for Young Children With Developmental Delay. *Behavior Modification, 37*(3), 356-377.
<https://doi.org/10.1177/0145445512465307>
- Bagner, D. M., Sheinkopf, S. J., Vohr, B. R., & Lester, B. M. (2010). Parenting intervention for externalizing behavior problems in children born premature: an initial examination. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP, 31*(3), 209-216.
<https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181d5a294>
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children : parent-teacher assignments*. Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook* (3rd éd.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Barnett, M. L., Niec, L. N., & Acevedo-Polakovich, I. D. (2014). Assessing the Key to Effective Coaching in Parent-Child Interaction Therapy: The Therapist-Parent Interaction Coding System. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 36*(2), 211-223.
<https://doi.org/10.1007/s10862-013-9396-8>
- Baumann, A. A., Powell, B. J., Kohl, P. L., Tabak, R. G., Penalba, V., Proctor, E. K., ... Cabassa, L. J. (2015). Cultural adaptation and

- implementation of evidence-based parent-training: A systematic review and critique of guiding evidence. *Children and Youth Services Review*, 53, 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2015.03.025>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1 PART 2), 1-103. <https://doi.org/10.1037/h0030372>
- Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., Drabick, D., Steinberg, E., & Hampton, A. (2014). Overview of DSM Disruptive Behavior Disorders. *The Oxford Handbook of Externalizing Spectrum Disorders*, (February 2019), 1-27. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199324675.013.16>
- Besnard, T., Houle, A.-A., Letarte, M.-J., & Blackburn Maltais, A.-P. (2013). La prévention des difficultés de comportement chez les enfants du préscolaire : une recension des caractéristiques des programmes probants. *Enfance en difficulté*, 2, 111. <https://doi.org/10.7202/1016249ar>
- Bjørseth, Å., & Wichstrøm, L. (2016). Effectiveness of Parent-Child interaction therapy (PCIT) in the treatment of young children's behavior problems. A randomized controlled study. *PLoS ONE*, 11(9), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159845>
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D., & Hood, K. K. (2005). Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy : A Comparison of Treatment Completers and Study Dropouts One to Three Years Later Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy : *Child & Family Behavior Therapy*, 26(4), 1-22. <https://doi.org/10.1300/J019v26n04>
- Borrego, J., Anhalt, K., Terao, S. Y., Vargas, E. C., & Urquiza, A. J. (2006). Parent-Child Interaction Therapy With a Spanish-Speaking Family. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 121-133. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2005.09.001>
- Bowlby, J. (1970). Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2(2), 75-86.

- Brestan, E. V., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1997). Parent-Child Interaction Therapy: Parents' Perceptions of Untreated Siblings. *Child & Family Behavior Therapy*, 19(3), 13-28.
https://doi.org/10.1300/J019v19n03_02
- Briegel, W., Walter, T., Schimek, M., Knapp, D., & Bussing, R. (2015). Parent-Child Interaction Therapy im In-room-Coaching. *Kindheit und Entwicklung*, 24(1), 47-54. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000158>
- Campbell, S. B., Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000). Early externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400003114>
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J. J., Rohde, L. A., & Frick, P. J. (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 695-704.
<https://doi.org/10.1007/s00127-010-0242-y>
- Cappe, E., Rougé, M.-C., Elkhatib, S., Saiag, M.-C., & Delorme, R. (2016). Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), programme de Barkley et qualité de vie des parents. In *Evolutions sociales, innovations et politiques : Nouveaux enjeux en psychologie de la santé* (Archives c, p. 11-13).
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Newman, D. L., & Silva, P. A. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of general psychiatry*, 53(11), 1033-1039. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0641-0>
- Chaffin, M., Valle, L. A., Funderburk, B., Gurwitch, R., Silovsky, J., Bard, D., ... Kees, M. (2009). A Motivational Intervention Can Improve Retention in PCIT for Low-Motivation Child Welfare Clients. *Child Maltreatment*, 14(4), 356-368.
<https://doi.org/10.1177/1077559509332263>

- Chaffin, Mark, Silovsky, J. F., Funderburk, B., Valle, L. A., Brestan, E. V., Balachova, T., ... Bonner, B. L. (2004). Parent-Child Interaction Therapy With Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500-510. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.500>
- Christian, A. S., Niec, L. N., Acevedo-Polakovich, I. D., & Kassab, V. A. (2014). Dissemination of an evidence-based parenting program: Clinician perspectives on training and implementation. *Children and Youth Services Review*. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.04.005>
- Collective, E. (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Les éditions Inserm. Paris.
- Comer, J. S., Furr, J. M., Cooper-Vince, C., Madigan, R. J., Chow, C., Chan, P. T., ... Eyberg, S. M. (2014). Rationale and Considerations for the Internet-Based Delivery of Parent-Child Interaction Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.07.003>
- Comer, J. S., Puliafico, A. C., Aschenbrand, S. G., McKnight, K., Robin, J. A., Goldfine, M. E., & Albano, A. M. (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 40-49. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.011>
- Cooley, M. E., Veldorale-Griffin, A., Petren, R. E., & Mullis, A. K. (2014). Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent Stress. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 191-208. <https://doi.org/10.1080/10522158.2014.888696>
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.

<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>

Cunningham, C. E., Bremner, R., Secord, M., & Harrison, R. (2009).

COPE, The Community Parent Education Program: Large group community based workshops for parents of 3 to 18 year olds.

Hamilton, ON, Canada: COPE Works.

Day, L. A., Costa, E. A., Previ, D., & Caverly, C. (2016, mars). Adapting

Parent-Child Interaction Therapy for Deaf Families That Communicate via American Sign Language: A Formal Adaptation Approach.

Cognitive and Behavioral Practice.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.01.008>

Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1998).

Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Development and*

psychopathology, 10(3), 469-493. Consulté à l'adresse

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9741678>

Derguy, C., Poumeyreau, M., Pingault, S., & M'bailara, K. (2018). Un

programme d'éducation thérapeutique destiné à des parents d'enfant

avec un TSA : résultats préliminaires concernant l'efficacité du

programme ETAP. *L'Encéphale*, 44(5), 421-428.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.07.004>

Dunlap, G., Strain, P., & Fox, L. (2006). Prevention and Intervention With

Young Children's Challenging Behavior: Perspectives Regarding

Current Knowledge. *Behavioral ...*, 32(1), 29-45. Consulté à l'adresse

[http://ezproxy.massey.ac.nz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ775044&site=eds-](http://ezproxy.massey.ac.nz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ775044&site=eds-live%5Cnhttp://www.ccbd.net/behavioraldisorders/Journal/Journal.cfm?BDID=14BAEF50-3048-2906-EAF91D47AFADDA51%5Cnhttp://search.ebscohost.c)

[live%5Cnhttp://www.ccbd.net/behavioraldisorders/Journal/Journal.cfm?BDID=14BAEF50-3048-2906-](http://ezproxy.massey.ac.nz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ775044&site=eds-live%5Cnhttp://www.ccbd.net/behavioraldisorders/Journal/Journal.cfm?BDID=14BAEF50-3048-2906-EAF91D47AFADDA51%5Cnhttp://search.ebscohost.c)

[EAF91D47AFADDA51%5Cnhttp://search.ebscohost.c](http://ezproxy.massey.ac.nz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ775044&site=eds-live%5Cnhttp://www.ccbd.net/behavioraldisorders/Journal/Journal.cfm?BDID=14BAEF50-3048-2906-EAF91D47AFADDA51%5Cnhttp://search.ebscohost.c)

Eisenberg, A., C., T.L., S., R.A., F., S.A., S., M., R., ... Guthrie, I. K.

(2001). The relations of regulation and emotionality to children's

externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00337>

Eyberg, S. M., Nelson, M. M., Ginn, N. C., Bhuiyan, N., & Boggs, S. R.

(2013). *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System:*

Comprehensive Manual for Research and Training (4th ed.) (PCIT

Inter). Gainesville, FL.

Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and*

Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: Professional manual.

(Psychology). Odessa, FL.

Eyberg, S., & Funderburk, B. W. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy*

Protocol. Gainesville, FL: PCIT International.

Eyberg, Sheila. (1988). Parent-Child Interaction Therapy: integration of

traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*,

10(1), 33-46. https://doi.org/10.1300/J019v10n01_04

Fernandez, M. A., Adelstein, J. S., Miller, S. P., Areizaga, M. J., Gold, D.

C., Sanchez, A. L., ... Gudiño, O. G. (2015). Teacher-Child Interaction

Training: A Pilot Study With Random Assignment. *Behavior Therapy*,

46(4), 463-477. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.02.002>

Fernandez, M. A., & Eyberg, S. M. (2009). Predicting treatment and follow-

up attrition in parent-child interaction therapy. *Journal of abnormal*

child psychology, 37(3), 431-441. [https://doi.org/10.1007/s10802-008-](https://doi.org/10.1007/s10802-008-9281-1)

9281-1

Fleming, G. E., Kimonis, E. R., Datyner, A., & Comer, J. S. (2017).

Adapting Internet-Delivered Parent-Child Interaction Therapy to Treat

Co-Occurring Disruptive Behavior and Callous-Unemotional Traits.

Clinical Case Studies, 16(5), 1-18.

<https://doi.org/10.1177/1534650117699471>

Forehand, R. L. (Rex L., & McMahon, R. J. (Robert J. (1981). *Helping the*

noncompliant child : a clinician's guide to parent training. Guilford

Press.

- Frick, P. J. (2012). Developmental Pathways to Conduct Disorder: Implications for Future Directions in Research, Assessment, and Treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(3), 378-389. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.664815>
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Newcomb, K., McNeil, C. B., Hembree-Kigin, T., & Capage, L. (1998). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Maintenance of treatment effects in the school setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 20(2), 17-38. https://doi.org/10.1300/J019v20n02_02
- Galanter, R., Self-Brown, S., Valente, J. R., Dorsey, S., Whitaker, D. J., Bertuglia-Haley, M., & Prieto, M. (2012). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy Delivered to At-Risk Families in the Home Setting. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(3), 177-196. <https://doi.org/10.1080/07317107.2012.707079>
- Garcia, D., Barroso, N. E., Kuluz, J., & Bagner, D. M. (2016). Parent-Child Interaction Therapy and Moderate Pediatric Traumatic Brain Injury: A Case Study. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 1(1), (just-accepted). <https://doi.org/10.1080/23794925.2016.1191977>
- Ghuman, J. K., & Ghuman, H. S. (2014). *ADHD in Preschool Children*. *ADHD in Preschool Children*. <https://doi.org/10.1093/med/9780199948925.003.0001>
- Girard, E. I., Wallace, N. M., Kohlhoff, J. R., Morgan, S. S. J., & McNeil, C. B. (2018). *Parent-Child Interaction Therapy with Toddlers*. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-93251-4>
- Hanf, C. (1969). A two-stage program for modifying maternal controlling during mother-child (MC) interaction. In *Western Psychological Association*. Vancouver.
- Harwood, M. D., & Eyberg, S. M. (2004). Therapist verbal behavior early in

- treatment: Relation to successful completion of Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_17
- Hauth-Charlier, S., & Clément, C. (2014). Abord développemental du TDAH: Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 107-116. <https://doi.org/10.1037/a0034470>
- Hawes, D. J. (2014). Disruptive behaviour disorders and DSM-5. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 102-105. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.002>
- Herschell, A. D., McNeil, C. B., & McNeil, D. W. (2004). Clinical Child Psychology's Progress in Disseminating Empirically Supported Treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 267-288. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph082>
- Herschell, A. D., Reed, A. J., Mecca, L. P., & Kolko, D. J. (2014). Community-based clinicians' preferences for training in evidence-based practices: A mixed-method study. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/a0036488>
- Herschell, A. D., Scudder, A. B., Schaffner, K. F., & Slagel, L. A. (2017). Feasibility and Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy with Victims of Domestic Violence: A Pilot Study. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 271-283. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0546-y>
- Hofstra, M. B., Van Der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2002). Child and Adolescent Problems Predict DSM-IV Disorders in Adulthood: A 14-Year Follow-up of a Dutch Epidemiological Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 182-189. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00012>
- Hood, K. K., & Eyberg, S. M. (2003). Outcomes of parent-child interaction

- therapy: mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 419-429. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203_10
- Hosogane, N., Kodaira, M., Kihara, N., Saito, K., & Kamo, T. (2018). Parent–Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 17(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0180-8>
- Ilg, J., Jebrane, A., Paquet, A., Rousseau, M., Dutray, B., Wolgensinger, L., & Clément, C. (2018). Evaluation of a French parent-training program in young children with autism spectrum disorder. *Psychologie Française*, 63(2), 181-199. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.12.004>
- Jianghong, L. (2004). Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications Jianghong. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93-103.
- Kaehler, L. A., Jacobs, M., & Jones, D. J. (2016). Distilling Common History and Practice Elements to Inform Dissemination: Hanf-Model BPT Programs as an Example. *Clinical Child and Family Psychology Review*. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0210-5>
- Kazdin, A. E. (1994, octobre). Interventions for aggressive and antisocial children. *Reason to hope: A psychosocial perspective on violence & youth*. <https://doi.org/10.1037/10164-014>
- Kazdin, A. E., & De Los Reyes, A. (2008). Conduct Disorder. In *The Practice of child therapy* (p. 207-247).
- Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Siegel, T. C. (1994). Treatment Outcome among Children with Externalizing Disorder Who Terminate Prematurely versus Those Who Complete Psychotherapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(4), 549-557. <https://doi.org/10.1097/00004583-199405000-00013>
- Kennedy, S. C., Kim, J. S., Tripodi, S. J., Brown, S. M., & Gowdy, G.

- (2016). Does Parent-Child Interaction Therapy Reduce Future Physical Abuse? A Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 26(2), 147-156. <https://doi.org/10.1177/1049731514543024>
- Kochanska, G., Barry, R. A., Stellern, S. A., & O'Bleness, J. J. (2009). Early attachment organization moderates the parent-child mutually coercive pathway to children's antisocial conduct. *Child development*, 80(4), 1288-1300. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01332.x>
- Lanier, P., Kohl, P. L., Benz, J., Swinger, D., Moussette, P., & Drake, B. (2011). Parent-Child Interaction Therapy in a Community Setting: Examining Outcomes, Attrition, and Treatment Setting. *Research on Social Work Practice*, 21(6), 689-698. <https://doi.org/10.1177/1049731511406551>
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Binns, H. J., Keller, J., & Pate, L. (2010). Predictors and correlates of completing behavioral parent training for the treatment of oppositional defiant disorder in pediatric primary care. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.006>
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Knerr, W., & Gardner, F. (2016). Transported Versus Homegrown Parenting Interventions for Reducing Disruptive Child Behavior: A Multilevel Meta-Regression Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(7), 610-617. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.003>
- Lenze, S. N., Pautsch, J., & Luby, J. (2011). Parent-child interaction therapy emotion development: A novel treatment for depression in preschool children. *Depression and Anxiety*, 28(2), 153-159. <https://doi.org/10.1002/da.20770>
- Leung, C., Tsang, S., Heung, K., & Yiu, I. (2009). Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) among chinese families. *Research on Social Work Practice*, 19(3), 304-313. <https://doi.org/10.1177/1049731508321713>

- Leung, C., Tsang, S., Ng, G. S. H., & Choi, S. Y. (2017). Efficacy of Parent–Child Interaction Therapy with Chinese ADHD children. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 36-47.
<https://doi.org/10.1177/1049731516643837>
- Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02483.x>
- Lyon, A. R., & Budd, K. S. (2010). A Community Mental Health Implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT). *Journal of child and family studies*, 19(5), 654-668.
<https://doi.org/10.1007/s10826-010-9353-z>
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent–child interaction. In P. H. Mussen (Éd.), *Handboook of child psychology* (p. 1-101). New-York : Wiley.
- Masse, J. J., McNeil, C. B., Wagner, S., & Quetsch, L. B. (2016). Examining the Efficacy of Parent–Child Interaction Therapy with Children on the Autism Spectrum. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2508-2525. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0424-7>
- Matos, M., Bauermeister, J. J., & Bernal, G. (2009). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: a pilot efficacy study. *Family process*, 48(2), 232-252.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01279.x>
- McCabe, K. M., Yeh, M., Garland, A. F., Lau, A. S., & Chavez, G. (2005). The GANA Program: A Tailoring Approach to Adapting Parent Child Interaction Therapy for Mexican Americans. *Education & Treatment of Children (ETC)*, 28(2), 111-129. Consulté à l'adresse <https://pallas2.tcl.sc.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=16726352&site=ehost-live>
- McCabe, K., Yeh, M., Lau, A., & Argote, C. B. (2012). Parent-Child

- Interaction Therapy for Mexican Americans: Results of a Pilot Randomized Clinical Trial at Follow-up. *Behavior Therapy*, 43(3), 606-618. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.11.001>
- McMahon, R. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 901-917. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.901>
- McNeil, C. B., Eyberg, S., Hembree Eisenstadt, T., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1991). Parent-Child Interaction Therapy With Behavior Problem Children: Generalization of Treatment Effects to the School Setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 140-151. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002_5
- Mcneil, C. B., & Hembree-Kigin, T. L. (2008). *Parent-Child Interaction Therapy*. Springer. Taylor & Francis Group. Consulté à l'adresse http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J019v10n01_04#.V0nkq1eXqQs
- McNeil, C. B., Quetsch, L. B., & Anderson, C. M. (Éd.). (2018). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy for Children on the Autism Spectrum*. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-03213-5>
- Murray, K. W., Woodruff, K., Moon, C., & Finney, C. (2015). Using Text Messaging to Improve Attendance and Completion in a Parent Training Program. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0115-9>
- Niec, L. N. (Éd.). (2018). *Handbook of Parent-Child Interaction Therapy*. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-97698-3>
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 872-879.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.872>

Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early

developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 28(2), 119-133. Consulté à l'adresse

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10834765>

Packard, T., Robinson, E. A., & Grove, D. C. (1983). The effect of training procedures on the maintenance of parental relationship building skills.

Journal of Clinical Child Psychology, 12(2), 181-186.

<https://doi.org/10.1080/15374418309533128>

Patterson, G R, DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *The American psychologist*, 44(2),

329-335. Consulté à l'adresse

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2653143>

Patterson, Gerald R. (1982). *Coercive family process* (Castalia).

Perisse, D., Gerardin, P., Cohen, D., Flament, M., & Mazet, P. (2006). Le

trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(8), 401-410.

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.09.006>

Phillips, J., Morgan, S., Cawthorne, K., & Barnett, B. (2008). Pilot

evaluation of parent-child interaction therapy delivered in an Australian community early childhood clinic setting. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(8), 712-719.

<https://doi.org/10.1080/00048670802206320>

Puliafico, A. C., Comer, J. S., & Albano, A. M. (2013). Coaching Approach

Behavior and Leading by Modeling: Rationale, Principles, and a Session-by-Session Description of the CALM Program for Early Childhood Anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4),

517-528. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.05.002>

- Puliafico, A. C., Comer, J. S., & Pincus, D. B. (2012). Adapting Parent-Child Interaction Therapy to Treat Anxiety Disorders in Young Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.005>
- Rachel A. Gershenson, Aaron R. Lyon, & Karen S. Budd. (2010). Promoting Positive Interactions in the Classroom: Adapting Parent-Child Interaction Therapy as a Universal Prevention Program. *Education and Treatment of Children*.
<https://doi.org/10.1353/etc.0.0092>
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents : a developmental analysis and model for intervention*. American Psychological Association. Consulté à l'adresse <https://www.amazon.co.uk/Antisocial-Behavior-Children-Adolescents-Developmental/dp/1557988978>
- Reitman, D., & McMahon, R. J. (2013). Constance « Connie » Hanf (1917-2002): The Mentor and the Model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 106-116. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.02.005>
- Roskam, I., Kinoo, P., & Nassogne, M. C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement : approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(4), 204-213. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.005>
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. In *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. (p. 3-21). Washington: American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11877-001>
- Saudino, K. J., Carter, A. S., Purper-Ouakil, D., & Gorwood, P. (2008). The etiology of behavioral problems and competencies in very young twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 48-62.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.48>
- Schimek, M., Walter, T., Bussing, R., & Briegel, W. (2014). Parent-Child

Interaction Therapy und multiple familiäre Belastungen: Ein

Fallbericht. *Verhaltenstherapie*, 24(1), 40-46.

<https://doi.org/10.1159/000360198>

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. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(1), 34-45.

https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2701_4

Shanley, J. R., & Niec, L. N. (2010). Coaching parents to change: The

impact of in vivo feedback on parents' acquisition of skills. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 282-287.

<https://doi.org/10.1080/15374410903532627>

Stevenson, J., & Goodman, R. (2001). Association between behaviour at

age 3 years and adult criminality. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 179, 197-202. Consulté à l'adresse

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11532795>

Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M.

J. (2017). Parent-Child Interaction Therapy : A Meta-analysis.

Pediatrics, 140(3).

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. [https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-](https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-9)

9

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Accumulating Evidence for

Parent-Child Interaction Therapy in the Prevention of Child

Maltreatment. *Child Development*, 82(1), 177-192.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01548.x>

Timmer, S. G., Urquiza, A. J., & Zebell, N. (2006). Challenging foster

caregiver - Maltreated child relationships: The effectiveness of parent-

- child interaction therapy. *Children and Youth Services Review*, 28(1), 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.01.006>
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Zebell, N. M., & McGrath, J. M. (2005). Parent-Child Interaction Therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse and Neglect*, 29(7), 825-842. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.003>
- Topitzes, J., Mersky, J. P., & Mcneil, C. B. (2015). Implementation of Parent –Child Interaction Therapy Within Foster Care: An Attempt to Translate an Evidence-Based Program Within a Local Child Welfare Agency. *Journal of Public Child Welfare*, 9, 22-41. <https://doi.org/10.1080/15548732.2014.983288>
- Ward, M. A., Theule, J., & Cheung, K. (2016). Parent–Child Interaction Therapy for Child Disruptive Behaviour Disorders: A Meta-analysis. *Child & Youth Care Forum*, 45(5), 675-690. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9350-5>
- Webster-Stratton, C. (1992a). Individually administered videotape parent training: « who benefits? » *Cognitive Therapy and Research*, 16(1), 31-52. <https://doi.org/10.1007/BF01172955>
- Webster-Stratton, C. (1992b). *The Incredible Years: A trouble-shooting guide for parents of children ages 3-8 years*. Toronto, Canada: Umbrella Press.
- Werba, B. E., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (2006). Predicting outcome in parent-child interaction therapy. *Behavior Modification*, 30(5), 618-646. <https://doi.org/10.1177/0145445504272977>
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Wyatt Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4),

Tableau 1.

Tableau descriptif synthétique des spécificités du modèle de Hanf et de quatre PEHP disponibles en français.

	Modèle de Hanf (1969)	PCIT (Eyberg, 1988)	Incredible Years - Basic (Webster- Stratton, 1992)	Programme Barkley (Barkley, 1987)	Triple P - Standard (Sanders, 1999)
Traduction française	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Auteurs	Hanf (1969)	Eyberg (1988)	Webster-Stratton (1992)	Barkley (1987)	Sanders (1999)
Âge des enfants ciblés	2-7 ans	2-7 ans	3-8 ans	3-12 ans	2-12 ans
Durée	De 8 à 12 séances d'1h et une séance de suivi	De 12 à 16 séances d'1h	De 12 à 20 sessions de 2 à 3h	10 sessions de 2h	4 séances de 2h en groupe + 3 contacts téléphoniques + 1 séance de clôture (soit 8 sessions)
Format	Individuel, 2 phases de thérapie : Child game et Mother Game	Individuel, 2 phases de thérapie (Interaction Dirigée par l'Enfant et Interaction Dirigée par le Parent)	Groupe de 12 personnes environ	Groupe de 6 à 10 personnes, mais possible en individuel	Groupe de 12 personnes environ
Techniques d'enseignement utilisés	Jeux de rôle, modeling, Vidéo feedback, discussions et coaching in vivo Exercices quotidiens	1 séance didactique individuelle par phase de thérapie (avec jeux de rôle) et coaching in vivo Exercices quotidiens	Format didactique Utilisation de vidéos pour présenter les stratégies enseignées Jeux de rôle	Format didactique, utilisation de jeux de rôle Exercices quotidiens	Format didactique et individuel, jeux de rôle, modeling et feedback

Tableau 2

Résultats principaux des études sur l'efficacité de la thérapie PCIT.

Auteurs	Participants	Âge des enfants	Critères diagnostiques	Principaux résultats
Eyberg & Matarazzo (1980)	29 familles divisées dans 3 groupes : en individuel format PCIT (n=10), formation didactique en groupe (n=12) et contrôle (n=7)	Entre 4 et 9 ans (âge moyen 5,54)	Tous remplissent les critères du TOP et 59% de comorbidité avec le TC, le TDAH ou des deux (DSM-III)	Après 5 séances d'accompagnement parental en coaching individuel in-vivo ou en groupe didactique sur l'interaction parentale, changement significatif dans le comportement de l'enfant dans le groupe de traitement en coaching individuel, résultat non retrouvé pour le groupe traitement utilisant une séance didactique de groupe ou dans le groupe contrôle. Plus de satisfaction pour les mères avec coaching individuel.
Eyberg & Robinson (1982)	7 familles avec enfants et qui ont au moins un frère ou une sœur entre 2 et 10 ans	Entre 2 et 7 ans	Tous remplissent les critères du TOP, du TC, ou du TDAH (DSM-III)	Changement du style d'interaction des parents et baisse significative des troubles du comportement. Les effets du traitement se sont également généralisés au frère ou à la sœur, avec moins de comportements problèmes. Après le traitement les mères montrent moins d'anxiété et de pessimisme et ont augmenté leur implication et leur intérêt pour les autres et ont un meilleur degré de contrôle interne.
McNeil, Eyberg, Hembree-Eisenstadt, Newcomb & Funderburck (1991)	30 familles divisés entre 3 groupes : Traitement (n=10), Contrôle sans problème de comportement (n=10), Contrôle avec problème de comportement (n=10).	Entre 2 et 7 ans	Tous les enfants du groupe traitement remplissent les critères du TOP, du TC, ou du TDAH (DSM-III R)	Amélioration cliniquement significative du comportement en classe pour le groupe traitement par rapport aux deux autres groupes, sans qu'il y ait eu d'intervention à l'école.
Eisenstadt, Eyberg, McNeil, Newcomb & Funderburck (1993)	13 familles dans le groupe où l'IDE est réalisée en premier, 11 où l>IDP est présenté en premier	Entre 2 ans 1/2 et 7 ans	Tous présentent des troubles de l'opposition ou des conduites, et ont un score au-dessus du seuil clinique à l'ECBI.	Amélioration du comportement de l'enfant, du stress parental, de l'estime de soi et des comportements internalisés de l'enfant et de l'observation des interactions dyadiques. Effets maintenus à 1 ou 2 ans post-traitement. Le groupe IDP en premier montre de meilleurs résultats sur la réduction des problèmes de comportement.
Schumann, Foote, Eyberg & Boggs (1998)	64 familles dont n=37 en groupe traitement n=37 et 27 en groupe contrôle en liste d'attente n=27	4 ans et 11 mois en moyenne	6 enfants répondent au critère pour le TOP et le TDAH, 3 pour le TDAH, le TOP	Baisse du stress parental et plus de Locus of Control interne, et une amélioration statistiquement significative du comportement de leur enfant que le groupe contrôle. Les gains sont maintenus 4 mois après la fin du traitement

			et le TC, et un pour le TOP seulement (DSM-IV)	
Funderburk, Eyberg, Newcomb, McNeil, Hembree-Kigin & Capage (1998)	12 familles en groupe traitement, 72 enfants en groupes contrôle : comportements problèmes faible, dans la moyenne et problèmes de comportement élevés, évalués par l'enseignante.	Entre 2 et 7 ans, 4 ans et 8 mois en moyenne	Tous répondent au critère du TOP (DSM-IV)	Les enfants du groupe traitement présentaient des problèmes de comportement équivalents à ceux du groupe contrôle, mais des améliorations cliniquement significatives à la maison après 14 séances de PCIT et généralisées à l'école sans intervention dans la classe. Après 12 mois, les améliorations sont maintenues au même niveau que le groupe contrôle "moyen", avec de meilleures améliorations sur les compétences sociales.
McNeil, Capage, Bahl & Blanc (1999)	32 familles, dont 14 en liste d'attente et 18 en traitement PCIT	Entre 2 ans et demi et 8 ans et demi	Enfants présentant des problèmes de comportements tels que désobéissance, agression, destruction, hyperactivité ou crises de colère.	Amélioration au bout de 3 mois pour le groupe traitement sur les comportements externalisés, internalisés, et le stress parental, pas de changement significatif pour le groupe contrôle.
Eyberg, Funderburk, Hembree-Kigin, McNeil, Querido & Hood (2001)	20 familles d'enfants suivis en PCIT, dont 13 ayant poursuivi l'étude de Follow-up.	Entre 3 et 6 ans (3 ans et 8 mois en moyenne)	1 avec TOP, 7 avec TOP et TDAH, 3 avec TOP, TDAH et TC pour le groupe traitement (DSM-IV)	Amélioration du comportement de l'enfant, du stress parental et des comportements hyperactifs. Les effets ont été maintenus 1 an après le traitement pour 8 familles, et à 2 ans pour 9 familles. 7 enfants ne répondent plus aux critères du TOP deux ans après la thérapie.
Boggs et al. (2004)	23 familles suivies avec PCIT et 23 familles qui ont arrêté avant la fin. Contrôle entre 10 et 30 mois après la fin du traitement.	4 ans 11 mois en moyenne	Les enfants remplissent tous les critères pour le TOP (DSM-IV-TR)	Meilleurs résultats à long terme pour le groupe ayant terminé la thérapie. Ces résultats (baisse des troubles du comportements, stress, locus of control) perdurent à long terme pour le groupe traitement.
Bjørseth & Wichstrøm (2016)	81 familles dans 2 groupes : PCIT (n=40) et groupe contrôle (n=41) en thérapie utilisant des thérapies usuelles (thérapies individuelles, de jeu, guidance parentale, thérapie familiale)	Entre 2 et 7 ans	Score à l'ECBI au-dessus du 90e rang percentile, et envoyés pour des problèmes de comportement.	Moins de troubles du comportement chez les enfants suivis en PCIT que chez les enfants du groupe contrôle selon les mères mais pas selon les pères au bout de 6 mois de traitement. Dix-huit mois après le traitement, les enfants suivis en PCIT présentent moins de troubles du comportement que ceux du groupe contrôle selon les deux parents.

Abréviations : DSM, Manuel de Diagnostic et de Statistique des troubles mentaux ; ECBI, Eyberg Child Behavior Inventory ; TC, Trouble des Conduites ; TDAH, Trouble Déficitaire de l'attention avec/sans Hyperactivité ; TOP, Trouble Oppositionnel avec Provocation ;