

Université de Montréal

La dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois : la contribution de la dépression paternelle et le rôle de la qualité de la relation mère-enfant.

Par
Julie Racine

École de psychoéducation
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maîtrise en psychoéducation.

©Julie Racine, Octobre 2004



AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

La dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois : la contribution de la dépression paternelle et le rôle de la qualité de la relation mère-enfant.

Présenté par

Julie Racine

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Sylvana Côté, Ph.D.
Présidente-rapporteur

Madame Sophie Parent, Ph.D.
Directrice de recherche

Madame Diane St-Laurent, Ph.D.
Membre du jury

Résumé

Plusieurs chercheurs ont observé les effets négatifs de la dépression maternelle sur l'adaptation sociale de l'enfant (Field, 1995; Alpern & Lyons-Ruth, 1993, Petterson & Burke Albers, 2001). Dans la présente étude, il est question de l'impact de l'intensité et de la chronicité de la dépression maternelle sur la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois. La qualité de la relation mère-enfant est examinée comme une variable contribuant à expliquer le lien entre la dépression maternelle et le développement de troubles intériorisés chez l'enfant. Enfin, la contribution de la dépression paternelle est également examinée afin de déterminer si cette variable a un effet modérateur sur le lien entre la dépression maternelle et la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois ou s'il s'agit simplement d'un effet additif. À cette fin, les analyses portent sur 193 dyades mère-enfant recrutées à l'intérieur d'une plus vaste étude longitudinale (N=572). La dépression chez les parents a été évaluée par des échelles inspirées de la *NIMH Diagnostic Interview Schedule* (Santé Québec, 1997) et de la *CES-D* (Radloff, 1977) traduites en français. La qualité de la relation mère-enfant est examinée sous l'angle des dimensions de l'étayage maternel et du climat affectif. Ces deux dimensions sont évaluées en laboratoire à partir de deux tâches de numération effectuées conjointement par la mère et son enfant, alors que celui-ci a 48 mois. Les résultats des analyses démontrent que seule l'intensité de la dépression maternelle prédit les troubles intériorisés chez l'enfant à 60 mois et que la dépression paternelle contribue de façon modeste à cette prédiction, selon un modèle à la fois modérateur et additif. Les résultats des analyses ne permettent pas d'affirmer qu'il y a un effet médiateur de la qualité de la relation mère-enfant quant au lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant.

Mots-clés : dépression parentale, troubles intériorisés, étayage maternel, climat affectif, anxiété maternelle.

Abstract

Several researchers have documented the negative effects of maternal depression on the social adaptation of children ((Field, 1995; Alpern & Lyons-Ruth, 1993, Petterson & Burke Albers, 2001). The present study is concerned with the impact of the intensity and chronicity of maternal depression on internalizing problems in 60 months old children. The quality of the mother-child relationship is examined as a possible mediator of the relationship between maternal depression and children's internalizing problems. The contribution of paternal depression is also examined. Both a moderator model and an additive model are tested. One hundred and ninety-three (193) mother-child dyads were recruited from a larger longitudinal study (n=572). Parental depression was evaluated using self-reported scales adapted from the *NIMH Diagnostic Schedule Interview* (Santé Québec, 1997) and the *CES-D* (Radloff, 1977) translated into French. Two dimensions of the quality of the mother-child relationship were examined: Maternal scaffolding and affective climate. These two dimensions were assessed during two laboratory number-knowledge tasks carried out jointly by mothers and their 48 months old children. Results of the analyses showed that the intensity of maternal depression solely contributed to children's internalizing problems at 60 months. Analyses also showed that paternal depression slightly added to this model, in support of an additive model. Results of the analyses did not support the hypothesis of a mediator role for the quality of the mother-child relationship in the link between maternal depression and children's internalizing problems.

Key words: parental depression, internalizing problems, maternal scaffolding, affective climate, maternal anxiety.

Table des matières

Contexte théorique.....	1
Introduction	2
La dépression parentale et les problèmes d'adaptation sociale.....	3
Définition et prévalence des troubles intériorisés	5
La qualité de la relation mère-enfant	8
L'étayage maternel	11
Le climat affectif de la dyade	13
La qualité de la relation mère-enfant et les troubles intériorisés.....	15
La contribution de la dépression paternelle	17
Caractéristiques de l'enfant et de sa famille	19
Le tempérament de l'enfant.....	19
Revenu économique familial, soutien social de la mère et autres psychopathologies parentales.....	22
Hypothèses	24
Méthode	26
Échantillon	27
Procédure.....	29
Instruments	31
Dépression parentale.....	31
Troubles intériorisés.....	32
Qualité de la relation mère-enfant	33
Le tempérament de l'enfant.....	34
Le revenu économique du ménage, le soutien social et les autres psychopathologies parentales.....	35

Résultats	37
Résultats des analyses préliminaires.....	38
Les caractéristiques de l'enfant	38
Les caractéristiques familiales.....	40
Les caractéristiques parentales	40
Composition des mesures de dépression maternelle et paternelle.....	43
Le respect des postulats de la régression linéaire multiple	45
Le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant	45
La relation entre l'anxiété et la dépression maternelle	48
La contribution de la dépression paternelle.....	49
Le rôle médiateur de la qualité de la relation mère-enfant	53
Discussion	55
La dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant	56
La contribution de la dépression paternelle.....	58
L'effet médiateur de la qualité de la relation mère-enfant	60
L'étayage maternel.....	60
Le climat affectif.....	61
Limites et contributions	63
Références	65
Annexe 1 : Dépression parentale pérennisée	x
Annexe 2 : La dépression parentale, en mesure ponctuelle	xiii
Annexe 3 : BEH concernant les troubles intériorisés chez l'enfant	xv
Annexe 4 : Qualité de la relation mère-enfant	xvii
Annexe 5 : Anxiété parentale.....	xx
Annexe 6 : Troubles de comportements parentaux	xxii
Annexe 7 : Soutien social de la mère.....	xxiv

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des nourrissons de 5 mois de l'ÉLDEQ et de l'échantillon actuel selon l'origine ethnique, la composition familiale, la scolarité des parents, la situation en emploi et le revenu du ménage	28
Tableau 2 : Âge l'enfant au moment de la cueillette de données pour les variables à l'étude (mesure en nombre de mois).	30
Tableau 3 : Les corrélations entre la dépression maternelle et paternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois selon les rapports de la mère et de la personne connaissant bien l'enfant, avec et sans le contrôle de l'anxiété maternelle.	42
Tableau 4 : Les corrélations entre les variables de dépression maternelle et paternelle.	44
Tableau 5 : Résultats de la régression linéaire multiple (bêtas standardisés), visant à prédire la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, en contrôlant ou non pour l'anxiété maternelle.....	46
Tableau 6 : Résultats des régressions linéaires multiples, visant à prédire la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, en contrôlant ou non pour l'anxiété maternelle, et en distinguant la contribution spécifique de la chronicité et de l'intensité de la dépression maternelle.	47
Tableau 7 : Présentation du nombre de sujet, des moyennes et des écarts-type des groupes formés par le croisement entre l'anxiété et la dépression maternelle.	48
Tableau 8 : Résultats de la régression linéaire multiple indiqués en bêtas standardisés, la variable dépendante étant la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, en contrôlant ou non pour l'anxiété maternelle.....	50

Liste des figures

- Figure 1 : Trois modèles illustrant la contribution possible de la dépression paternelle en lien avec la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant.25**
- Figure 2 : La relation entre la dépression paternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, lorsque la mère est dépressive.51**
- Figure 3 : La relation entre la dépression paternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, lorsque la mère est peu ou non-dépressive.52**

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à madame Sophie Parent, pour sa confiance et pour le soutien apporté depuis le jour où je me suis assise dans sa classe au baccalauréat et pour ces capacités hors du commun : expliquer des concepts statistiques comme si c'était un jeu de bricolage et accueillir les gens, quels qu'ils soient, avec une considération chaleureuse. Un merci spécial à madame Lisbeth Caron, qui m'a entre autre donné l'idée de faire ma maîtrise et possèdent aussi ces deux qualités.

Plusieurs pensées sont dédiées aux gens qui ont contribué de près ou de loin à l'étayage de nos idées de base, particulièrement messieurs Mark Zoccolillo de l'université McGill et Jean Séguin du groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale (GRIP).

Toute ma gratitude à madame Noubé Diop pour les facteurs de protection et la lecture de la version finale, à monsieur Dan Dussuet, pour avoir été et être toujours là, à Monsieur Jean-François Racine, pour son soutien moral, ses encouragements et son aide technique, à madame Lise Desbiens et monsieur Yvon Racine, qui ont été les premiers à croire en mes capacités académiques.

Contexte théorique

Introduction

Les chercheurs s'intéressent depuis plusieurs années aux conséquences de la dépression parentale sur l'enfant. Plusieurs ont observé les effets négatifs de cette psychopathologie sur son adaptation sociale (Field, 1995; Alpern & Lyons-Ruth, 1993). Toutefois, la plupart de ces recherches ont surtout étudié l'impact de la dépression maternelle sur la manifestation de troubles extériorisés ; peu de chercheurs ont examiné empiriquement son implication dans le développement de troubles intériorisés. De plus, les mécanismes par lesquels la dépression chez la mère affecte l'adaptation psychosociale de l'enfant demeurent flous, particulièrement au plan empirique. Une des hypothèses proposées est que la qualité de la relation mère-enfant est influencée par la dépression chez la mère et influence en retour le développement des compétences personnelles et sociales chez l'enfant. Enfin, il est nécessaire d'adopter une perspective plus globale pour voir l'action modératrice de certaines variables à l'extérieur de la dyade mère-enfant : l'une d'entre elles est la contribution de la dépression paternelle.

Dans la présente étude, il est question de l'impact de la dépression maternelle sur la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois. La qualité de la relation mère-enfant sera étudiée en tant que mécanisme par lequel la dépression chez la mère affecte l'enfant (effet médiateur). De plus, la contribution de la dépression paternelle sera examinée afin de déterminer si cette variable a un effet modérateur sur le lien entre la dépression maternelle et la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois ou s'il s'agit simplement d'un effet additif.

Dans un premier temps, les liens théoriques et empiriques entre les variables ciblées sont abordés : la dépression maternelle et les problèmes d'adaptation sociale, les troubles intériorisés chez l'enfant, les liens avec la qualité de la relation mère-enfant, la

contribution de la dépression paternelle à la situation familiale et les caractéristiques de l'enfant et de sa famille (le tempérament et le sexe de l'enfant, le revenu économique du ménage, le soutien social reçu par la mère, l'anxiété et les comportements antisociaux des parents). Ensuite, les hypothèses à vérifier sont présentées, ainsi que la méthode de l'étude projetée. Suivent finalement la présentation des résultats de l'étude ainsi qu'une discussion.

La dépression parentale et les problèmes d'adaptation sociale

Plusieurs recherches ont examiné les effets de la dépression parentale sur la cellule familiale, en particulier sur les enfants d'âge préscolaire (Frankel & Harmon, 1996; Murray, Sinclair, Cooper, Ducournau, & Turner, 1999; Petterson & Burke Albers, 2001). Ces recherches montrent que la dépression maternelle est un important facteur de risque dans l'émergence de psychopathologies chez les enfants. Par exemple, Alpern et Lyons-Ruth (1993) ont mené une étude auprès de 64 enfants de quatre à six ans. Leurs résultats démontrent que les enfants dont les mères rapportent davantage de symptômes dépressifs manifestent des problèmes de comportements hostiles significativement plus graves que les autres enfants. Également, Murray et al. (1999) ont mesuré la dépression maternelle ainsi que le comportement de l'enfant à 18 mois et à 60 mois, auprès de 100 dyades mère-enfant. Leurs résultats appuient également la relation entre une histoire de dépression chez la mère et des difficultés de comportement chez l'enfant. Pour leur part, Lyons-Ruth, Easterbrooks, et Davidson (1997) ont mené une étude longitudinale auprès d'un échantillon clinique de 50 mères avec leur enfant. Ces enfants ont été évalués à l'aide du *Child Behavior Checklist* (CBCL ; Achenbach, Edelbrock, & Howell, 1987), complété par leur mère à l'âge de 18 mois et par celle-ci et l'enseignant de l'enfant, à l'âge de 7 ans ; les symptômes dépressifs de la mère ont également été mesurés aux mêmes âges. Leurs résultats démontrent qu'un

haut niveau de symptômes dépressifs chez la mère durant les cinq premières années de l'enfant prédit des troubles intériorisés chez celui-ci à l'âge de 7 ans. Suivant ces résultats, il apparaît clairement que la dépression parentale a des impacts chez l'enfant au plan de son adaptation sociale, tant au plan extériorisé qu'intériorisé.

Dans la plupart des études sur la dépression maternelle, on retrouve une mesure catégorielle de la dépression, c'est-à-dire une mesure reposant sur les critères diagnostiques de cette psychopathologie, tel que définis par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition* (DSM-IV ; APA, 1994). Certaines de ces mesures comprennent également un aspect dimensionnel permettant de mesurer la sévérité et/ou la chronicité des symptômes dépressifs du répondant.

L'évaluation de l'aspect dimensionnel de la dépression maternelle semble être une composante importante, qui permet une meilleure compréhension de l'impact de cette maladie sur la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant. La plupart des études sur la dépression maternelle suggèrent l'importance de l'aspect dimensionnel. Par exemple, Radke-Yarrow et al. (1993) ont ajouté à leur évaluation de la dépression un index de sévérité et un index de chronicité, afin de mieux percevoir le nombre total de symptômes dépressifs présents chez la mère ainsi que leur gravité, et le nombre total d'épisodes dépressifs qu'elle a vécu durant la vie de son enfant. Les analyses effectuées à partir de leur échantillon de 69 mères dépressives et leur enfant âgé entre 18 et 42 mois montrent que les mères manifestant des symptômes dépressifs plus sévères démontrent davantage d'affects négatifs qui durent plus longtemps lorsqu'elles sont en interaction avec leur enfant (Radke-Yarrow et al., 1993), que les mères dont la dépression est moins sévère ou qui sont non-dépressives. Finalement, d'un point de vue empirique, il semble que les conséquences de la dépression maternelle dépendent de la façon dont celle-ci est mesurée ; une approche à la

fois catégorielle et dimensionnelle semble contribuer à permettre une meilleure comparaison des études ainsi qu'à mieux discerner les différences entre les niveaux de manifestation des symptômes chez la mère et l'impact chez son enfant.

À la lumière des résultats empiriques sur la dépression maternelle, il apparaît que celle-ci constitue un important facteur de risque dans le développement de problèmes d'adaptation sociale, dont les troubles intériorisés chez les enfants. Cependant, les mécanismes d'explication de ce lien entre la dépression chez la mère et les manifestations de troubles intériorisés chez l'enfant sont peu connus. Parmi ceux-ci, on retrouve la qualité de la relation entre la mère et l'enfant.

Définition et prévalence des troubles intériorisés

Les troubles intériorisés comprennent les symptômes dépressifs ou anxieux, une faible estime de soi et une tendance à l'isolement social alors que les troubles extériorisés incluent l'hyperactivité, l'agressivité et la délinquance (Bowen, Vitaro, Kerr, & Pelletier, 1995). Ces définitions sont conformes à celles d'Achenbach, Edelbrock, et Howell (1987), qui ont construit un instrument de mesure permettant de mesurer les deux types de troubles.

Il faut noter que la définition des troubles intériorisés change selon que l'on réfère à une approche développementale, dimensionnelle ou catégorielle. Par exemple, l'approche développementale situe la dépression comme un ensemble de symptômes ou un état émotionnel qui a dévié d'un processus de développement originellement normal (Dumas, 1999). Elle réfère à la présence de symptômes tels que la tristesse, l'absence de joie, les sentiments de désespoir, l'inquiétude ou l'anxiété, en ne spécifiant toutefois pas de période de temps. Dans cette perspective, on mesure généralement le degré général de présence d'humeur dépressive ou anxieuse chez le sujet (Compas & Oppedisano, 2000).

Dans une perspective dimensionnelle, les troubles intériorisés sont vus comme une constellation de comportements et d'émotions qu'on peut identifier empiriquement en mesurant la présence de ces symptômes, en terme de niveaux de manifestations symptomatiques (sévérité et chronicité). Les différences individuelles sont perçues quantitativement, selon le niveau de symptômes présents. Enfin, l'approche catégorielle conçoit la dépression comme un désordre psychiatrique pour lequel il y a un ensemble de symptômes identifiables associés à des niveaux de détresse et de dysfonctionnement présent dans des périodes de temps distinctes (American Psychiatric Association, 1994). Cette approche a l'avantage d'introduire des définitions claires et distinctes, qui facilitent l'interprétation des résultats des études. Cependant, selon Dumas (1999), cette façon de faire permet difficilement d'appréhender la complexité des troubles, leurs caractéristiques épidémiologiques et leur trajectoire développementale, contrairement aux approches dimensionnelles et développementales.

Outre l'influence du cadre de référence théorique, la comorbidité de la dépression avec les troubles anxieux rend difficile une définition claire de la dépression. En effet, Compas & Oppedisano (2000) soulignent la forte association entre les symptômes anxieux et les symptômes dépressifs ; entre autres, les symptômes de somatisation et de sommeil sont communs aux deux troubles. Ces auteurs rapportent des études empiriques démontrant qu'un nombre significatif d'enfants et d'adolescents présentent un trouble clinique se situant entre la dépression et l'anxiété (p.ex., Hammen & Compas, 1994). Compas et Oppedisano (2000) suggèrent trois modèles pour interpréter cette forte association entre les manifestations des deux troubles : (1) Dans le premier modèle, ces deux troubles sont distincts mais comorbides (les auteurs soulignent le fait que plusieurs cas ne présentent qu'un seul des deux troubles). (2) Dans le deuxième modèle, les deux troubles partageraient

les éléments d'un seul syndrome : le syndrome anxieux-dépressif. (3) Enfin, dans le troisième modèle, les troubles anxieux et dépressifs présenteraient une relation séquentielle et hiérarchique, observables par des mesures catégorielles. Dans cette perspective, il y aurait chevauchement dans les manifestations, suivant une certaine séquence. Par exemple, la manifestation d'anxiété précéderait l'apparition de dépression, pour ensuite former un syndrome anxieux/dépressif. Dans tous les cas, Compas et Oppedisano (2000) soulignent que les distinctions entre l'anxiété et la dépression augmentent avec l'âge et que les manifestations partagées entre les troubles anxieux et dépressifs peuvent soit précéder la manifestation d'un seul des deux troubles ou représenter un lien entre le développement précoce de l'anxiété et celui, plus tard, d'un trouble dépressif.

Malgré la forte association clinique et empirique entre les troubles intériorisés, leur prévalence est généralement rapportée séparément pour les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Elle semble difficile à établir de façon précise, en raison des écarts entre les études concernant l'âge des enfants, les mesures employées, les différentes définitions des troubles étudiés, ainsi que les hauts taux de comorbidité entre les troubles anxieux, les troubles dépressifs ainsi qu'avec les troubles de comportement (extériorisés) (Compas & Oppedisano, 2000). Nonobstant ces difficultés, Turgeon et Brousseau (2000) estiment la prévalence des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents entre 10 et 20%. L'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation et la phobie spécifique seraient les troubles les plus fréquemment rencontrés, avec des prévalences respectives oscillant entre 5 et 10%. Concernant la dépression chez les enfants, Marcotte (2000) souligne également la difficulté d'en évaluer la prévalence. En effet, le développement normatif du langage, des cognitions et de la conscience de soi des jeunes enfants compromet la validité des évaluations de la présence de symptômes dépressifs. Malgré cela, l'auteure rapporte une prévalence entre 0.4

et 2.5 % dans la population des enfants d'âge scolaire, et Garber (2000) rapporte un chiffre de 1% chez les enfants d'âge préscolaire. D'après la littérature sur le sujet, nous pensons qu'il est important de considérer l'ensemble de ces éléments lors de notre étude concernant l'impact de la dépression parentale sur les troubles intériorisés de l'enfant d'âge préscolaire.

La qualité de la relation mère-enfant

Selon la théorie de l'attachement, c'est l'interaction entre les caractéristiques maternelles (sensibilité maternelle, psychopathologie), celles de l'enfant (tempérament) et celles de l'environnement (soutien social de la mère, événements stressants) qui influence la qualité de la relation entre la mère et l'enfant. À cet égard, Cohn, Matias, Tronick, Connell, et Lyons-Ruth (1986) ont observé quatre profils d'interaction entre les mères dépressives et leur enfant de 3 mois (désengagé, intrusif, mixte et positif) auxquels Field et al. (1990) en ont ajouté un cinquième (provocateur). Le profil intrusif est caractérisé par des attitudes de colère combinées à de l'agression pouvant aller à des manifestations physiques, c'est-à-dire que la mère parle à l'enfant ou le tient d'une façon brutale, le bouscule ou le frappe. Le profil désengagé est associé à des expressions faciales et/ou vocales plutôt neutres et les attitudes d'évitement de l'interaction avec l'enfant. Le profil provocateur est caractérisé par des actions rapides et saccadées pour attirer l'attention de l'enfant. Le profil mixte est caractérisé par des attitudes maternelles alternant entre le style désengagé et le style intrusif. Enfin, le profil positif intègre une attitude favorisant le jeu et l'expression d'affects positifs (Emery, 2001). L'étude de Fields et al. (1990) indique que 29% des mères dépressives sont désengagées, 17% sont intrusives, 25% sont provocatrices, 21% sont mixtes et 8% seulement présentent un profil positif.

Ces résultats sont semblables à ceux de Teti, Gelfand, Messinger, et Isabella, (1995), qui ont trouvé que les comportements maternels des mères dépressives durant la première année de vie de l'enfant sont plus souvent caractérisés par une tendance à l'impuissance et à une alternance entre le désengagement et l'intrusion (le style mixte de Field & al., 1990), la désorganisation et l'inaction, l'évitement et la confrontation. Lovejoy, Graczyk, O'Hare, et Neuman (2000) ont mené une méta-analyse sur 46 études visant à examiner l'association entre la dépression maternelle et le comportement maternel. Selon cette méta-analyse, les études sur les interactions entre les mères dépressives et leur enfant démontrent que celles-ci sont plus souvent caractérisées par un désengagement de la mère par rapport à son enfant.

Toutefois, considérant l'ensemble de ces résultats, la plupart des chercheurs observent que les mères dépressives sont moins sensibles, positives et attentionnées envers leurs enfants. Notons que même si les mères désengagées forment le plus grand groupe (29%) dans l'étude de Field & al. (1990), le style mixte n'est pas très loin derrière (21%). Ces deux groupes combinés représentent donc 50% des mères dépressives : la tendance au désengagement, combinée ou non à l'intrusion, caractériserait la majorité des mères dépressives.

Les études sur la période préscolaire demeurent toutefois peu nombreuses. Bien que parmi les études recensées par Lovejoy et al. (2000) on en retrouve plusieurs sur des enfants d'âge préscolaire (11 études concernent des enfants de 4-5 ans), la majorité des études recensées concernent les enfants plus jeunes (deux ans et moins) ou plus vieux (6 ans et plus). Il semble donc que fort peu d'études se soient penchées sur la coopération et le partenariat (climat affectif) des dyades dépressives à l'âge préscolaire. Par ailleurs, peu d'études ont examiné l'étayage maternel des mères dépressives pendant une tâche cognitive

avec leur enfant d'âge préscolaire (4-5 ans). C'est en effet un contexte d'observation peu typique.

Pour les besoins de la présente étude, les dimensions considérées sont la qualité de l'étayage maternel, c'est-à-dire la capacité de la mère à guider adéquatement l'enfant dans ses apprentissages (étayage maternel), ainsi que le climat affectif de la dyade, c'est-à-dire les affects partagés par la mère et l'enfant, leur habileté à partager ce qu'ils vivent et à coopérer ensemble dans la réalisation d'une activité. Ce choix repose principalement sur des appuis théoriques, car, sauf erreur, ils ont été peu étudiés par la littérature scientifique. Selon le modèle éthologique, la qualité de la relation mère-enfant lorsque celui-ci est dans ses premiers mois de vie est définie partiellement par l'attachement mère-enfant. Le climat affectif, particulièrement la sensibilité de la mère, tient une place importante dans cette étape développementale. Lorsque l'enfant aborde l'âge préscolaire, certaines acquisitions cognitives doivent être effectuées au cours du développement normatif. Dès lors, la fonction maternelle s'élargit et inclut non seulement les aspects du climat affectif, mais aussi une fonction de soutien aux apprentissages, d'où la notion d'étayage maternel.

Nous savons que la littérature appuie empiriquement le rôle de la relation d'attachement comme mécanisme explicatif entre la dépression maternelle et les problèmes d'adaptation chez l'enfant. Cependant, d'autres dimensions possibles de la qualité de la relation mère-enfant n'ont été que peu explorées. On peut postuler que la dépression maternelle, affectant la qualité de la relation mère-enfant à travers l'attachement, affectera ces autres dimensions possibles de la qualité de la relation mère-enfant. Nous postulons que ces dimensions seront le climat affectif dans la dyade ainsi que la capacité de la mère à adopter une bonne stratégie d'étayage, en raison des tensions entraînées par la psychopathologie maternelle et par un attachement insécurisant. Parent et Moss (1995)

soulignent que les aspects de nouveauté et de reproduction dans l'étayage maternel devraient particulièrement créer de la tension dans la dyade, particulièrement en raison de l'insécurité causée par la nouveauté de la tâche. En effet, lorsque la tâche ainsi que la procédure pour l'effectuer sont nouvelles pour l'enfant, elles contribuent à le mettre en situation d'insécurité. La réussite demande alors la collaboration de la mère, celle-ci devant guider l'enfant dans les nouveaux apprentissages. Dans ce contexte, un partenariat entre les deux est nécessaire pour que la tâche soit une bonne opportunité d'apprentissage pour l'enfant. En effet, afin d'amener l'enfant à faire un nouvel apprentissage, la mère doit dans un premier temps exercer un contrôle étroit ou un encadrement serré sur l'exécution de la tâche et retirer son contrôle au fur et à mesure que les capacités et la participation de l'enfant augmentent, tout en conservant un rôle actif pour stimuler et encadrer l'enfant dans l'exécution de ses nouvelles habiletés (Parent & Moss, 1994). Dès lors, la mère doit être capable de percevoir les besoins d'encadrement de l'enfant et de s'y ajuster, tout en tenant compte des contraintes inhérentes à la tâche et de la situation de collaboration, qui peut ajouter des tensions dans la dyade.

L'étayage maternel

Dans le contexte d'une tâche cognitive nouvelle pour l'enfant, l'étayage maternel devra consister en l'élaboration de stratégies d'encadrement qui devraient être adaptées au niveau de l'enfant : plus l'enfant devient expert dans la tâche et plus la stratégie initiale diminue pour être remplacée par une nouvelle stratégie favorisant la maîtrise par l'enfant de ses nouvelles compétences, donc lui laissant davantage d'autonomie (Parent & Moss, 1994, 1995). L'élaboration des stratégies d'étayage par la mère fait appel à sa capacité

d'interpréter les besoins et intentions de son enfant, et d'être capable de gérer ceux-ci en fonction des demandes introduites par la tâche ainsi que de ses propres attentes face au fait d'être en situation d'évaluation dans un laboratoire. Or, il semble que les enfants de quatre ans et moins n'ont pas la compréhension du fait d'être en situation d'évaluation et des contraintes que cela peut imposer (Kreye, 1984 ; dans Parent & Moss, 1995). Il est donc possible que ces différences dans la compréhension de la situation produisent des tensions dans la dyade, qui seront gérées différemment selon la relation d'attachement mère-enfant (Parent & Moss, 1995).

Selon Parent et Moss (1995), quatre caractéristiques permettent d'identifier un bon étayage : (1) lorsque la mère et l'enfant adoptent une définition de la situation qui permet un partenariat entre eux plutôt qu'une participation parallèle ; (2) le fait que la mère adapte ses interventions en fonction des succès ou des difficultés vécus par son enfant dans l'exécution de la tâche ; (3) lorsque la mère a la capacité de transférer progressivement à son enfant les responsabilités reliées à l'exécution de la tâche ; et (4), lorsque la mère a la capacité d'accepter l'introduction de la nouveauté dans le déroulement de la tâche (des initiatives prises par l'enfant qui ne correspondent pas nécessairement à la définition qu'avait la mère de la situation, mais auxquelles elle adapte sa stratégie d'étayage). Afin de réguler la stratégie d'étayage qu'elle met en place, la mère doit donc avoir une bonne sensibilité et être en mesure d'inférer les intentions et les besoins de l'enfant ainsi que la nature de la tâche et d'ajuster ces dimensions les unes aux autres.

La dépression maternelle risque d'influencer la qualité de l'étayage de la mère en affectant sa capacité à guider l'enfant de façon à ce qu'il acquiert progressivement une autonomie dans l'exécution de la tâche. Plusieurs auteurs ont étudié le profil d'interaction des mères dépressives avec leur enfant, lorsqu'ils effectuent ensemble une tâche ou une

activité (ci-haut). Cependant, comme la littérature est contradictoire sur cette question, certains auteurs qualifiant les mères dépressives de parfois intrusives (Fields & al., 1990), d'autres affirmant qu'elles sont plutôt désengagées (Fields & al., 1990; Lovejoy & al., 2000) et d'autres encore appuyant plutôt un profil mixte d'intrusion et de désengagement (Fields & al., 1990; Teti & al., 1995), nous avons choisi de regrouper ces trois types d'implication maternelle (intrusion ou désengagement ou intrusion/désengagement) et de les comparer avec la capacité de la mère à fournir un bon étayage, c'est-à-dire à favoriser l'autonomie progressive de l'enfant. Peu d'études ont examiné l'étayage des mères dépressives lorsque l'enfant est d'âge préscolaire. Nous pensons qu'en regroupant les types d'implication des mères dépressives répertoriés dans la littérature, il sera possible de mieux discerner l'effet médiateur de l'étayage des mères dépressives dans la relation entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant d'âge préscolaire.

Le climat affectif de la dyade

Le climat affectif réfère à une dimension comportementale-affective de la dyade, c'est-à-dire à la coopération et au partenariat qu'entretiennent ensemble la mère et l'enfant durant une tâche, ainsi qu'au partage d'affects. Le partenariat et la coopération des deux partenaires dans la tâche sont donc évalués, ainsi que le fait que la mère et l'enfant ont du plaisir à être ensemble et à effectuer ensemble cette tâche : les affects exprimés sont positifs (joie, sourire, rire) et les partenaires sont confortables ensemble. Parmi les études actuelles recensées sur le sujet, la plupart portent sur des enfants en bas âge (moins de deux ans) et considèrent davantage l'expression d'affects positifs plutôt qu'une dimension de coopération et de partenariat incluant cette notion.

À cet égard, plusieurs études empiriques suggèrent que les mères dépressives expriment davantage d'affects négatifs que les mères non-dépressives (Cohn, Campbell, Matias, & Hopkins, 1990; Field & al., 1990; Radke-Yarrow, Nottelman, Belmont, & Welsh, 1993). Conséquemment, les dyades dépressives partagent davantage d'états affectifs négatifs que positifs, par rapport aux dyades dont la mère n'est pas dépressive. Par exemple, Cohn et al. (1990) ont mené une étude auprès de dyades mère-enfant (24 mères dépressives, 22 mères non-dépressives). Les dyades étaient filmées durant une interaction structurée de trois minutes effectuée à domicile (les mères recevaient comme consigne de jouer avec leur bébé de deux mois). Ensuite, les comportements de l'enfant et de la mère étaient codifiés séparément selon les expressions faciales et vocales, les postures corporelles, les différents mouvements et la direction du regard. Puis, ces éléments étaient codifiés à nouveau sur cinq niveaux d'engagement, variant de négatif, distrait, en attente, positif et très positif. Les résultats démontrent que les mères dépressives et leur bébé de deux mois démontrent moins d'affects positifs que les dyades non-dépressives.

Dans le même esprit, Radke-Yarrow et al. (1993) ont examiné comment la dépression maternelle influençait la dimension affective des interactions de la dyade mère-enfant. Pour cela, ils ont mesuré la dépression maternelle à l'aide d'une entrevue diagnostique et ont observé la dyade en interaction durant cinq heures dans un contexte semi-naturel, c'est-à-dire dans une reproduction d'un appartement au sein d'un laboratoire. Ils ont ensuite effectué une codification des affects verbaux et non-verbaux dans la dyade selon six dimensions (tristesse, anxiété et peur, irritabilité et colère, plaisir et joie, tendresse et affection). Leurs résultats démontrent que les mères sévèrement déprimées partagent davantage d'affects anxieux avec leur fille et davantage d'irritation avec leur fils, lorsque les enfants sont âgés entre un an et demi et trois ans et demi.

Au plan comportemental, Field et ses collègues (1990) soulignent que les mères dépressives ont tendance à être plus punitives et plus souvent engagées dans des comportements conflictuels et hostiles à l'égard de leur enfant. À cet égard, une étude de Coyl, Roggman, et Newland (2002) auprès de 169 mères provenant d'un milieu à faible revenu et leur enfant de 14 mois rapportent que le sentiment de sécurité des enfants dans leur relation avec leur mère était plus faible lorsque s'additionnaient un niveau de dépression maternelle élevé, un nombre élevé de comportements d'hostilité du parent envers son enfant ainsi qu'une moindre satisfaction personnelle de la mère concernant ses interactions avec son enfant. Enfin, la méta-analyse de Lovejoy et al. (2000) appuie l'hypothèse selon laquelle les interactions des dyades dépressives sont plus négatives et plus coercitives que les interactions des dyades non-dépressives. En considérant ces résultats du point de vue de la coopération, du partenariat et de l'expression d'affects positifs, de joie ou de plaisir à travailler ensemble dans la dyade, il apparaît pertinent de postuler que les dyades de mère dépressive et leur bébé aient plus souvent un partage d'affects négatifs qui influence le confort qu'ils ont à effectuer une tâche ensemble.

La qualité de la relation mère-enfant et les troubles intériorisés

Plusieurs chercheurs s'entendent sur le fait que les premières relations entre l'enfant et ses parents, particulièrement la mère, ont une influence considérable sur son développement ultérieur, particulièrement au plan socio-affectif (Rubin & al., 1995). La littérature sur l'attachement mère-enfant démontre que les enfants ayant un attachement insécurisant sont plus à risque de développer un problème d'adaptation sociale de nature intériorisée ou extériorisée (Parent & Saucier, 1999 ; Shaw, Keenan, Vondra, Delliquadri, & Giovannelli, 1997). Il semble que la dimension de la relation du parent avec son enfant, au plan de la régulation émotionnelle a davantage été explorée. Par exemple, l'étude de

Shaw et al. (1997) suggère plusieurs facteurs de risque permettant de prédire des troubles intériorisés durant la petite enfance. Entre autres, il semble que l'interaction entre une émotivité fortement négative (*high negative emotionality*) et une exposition à des conflits parentaux permettent de prédire un score sur l'échelle de dépression et d'anxiété du *Child Behavior Checklist* (Achenbach & al., 1987).

Concernant les comportements liés à l'étayage maternel, une étude menée par Rubin, Cheah et Fox (2001) démontre une relation entre les réticences sociales (comportements de retrait social, de timidité ou d'inhibition sociale et anxieux) chez les enfants de 48 mois et la qualité des comportements maternels durant une session de jeu non-structurée. Les enfants des mères ayant davantage de comportements de sollicitation excessive et/ou de contrôle inapproprié par rapport au comportement de leur enfant démontraient davantage de comportements de réticences sociales, tandis que les enfants des mères plus désengagée, c'est-à-dire qui manquaient de contrôle et d'orientation envers l'enfant, démontraient davantage de problèmes.

Concernant les mères dépressives, Moore, Cohn et Campbell (2001) ont étudié auprès de 129 dyades mères-enfants comment la réponse affective de l'enfant à deux, quatre et six mois aux comportements de sa mère dépressive pendant une interaction prédisait les troubles extériorisés et intériorisés chez l'enfant. Les auteurs ont évalué les interactions mère-enfant pendant une visite filmée à domicile à partir de jeux face-à-face effectués par la dyade. Les résultats démontrent que si la chronicité de la dépression maternelle n'était pas liée à la présence ou l'absence de pleurs chez l'enfant, elle était liée à la manifestation de sourires. En effet, il semble que les enfants des mères dont la dépression était chronique souriaient significativement moins que les enfants de mères moins déprimées. À ce sujet, les analyses menées par Moore et ses collègues (2001) démontrent

que les enfants de six mois qui ne souriaient pas dans l'interaction avec leur mère avaient significativement plus de problèmes intériorisés à 18 mois, alors que les enfants qui ne pleuraient pas démontraient significativement plus de problèmes extériorisés à 18 mois.

La littérature appuie la pertinence d'examiner l'implication du climat affectif comme un des mécanismes contribuant à expliquer l'influence de la dépression maternelle sur les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois. Pour ce qui est de l'étayage maternel, toutefois, les études sont moins nombreuses et leurs résultats contradictoires, particulièrement concernant les mères dépressives et les enfants d'âge préscolaire. Dans ce contexte, la présente étude examinera également la pertinence d'étudier l'étayage maternel comme un mécanisme explicatif de la relation entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant d'âge préscolaire.

La contribution de la dépression paternelle

La communauté scientifique a abondamment étudié le rôle de la dépression chez la mère comme facteur de risque important pour l'enfant; peu de recherches ont examiné la contribution de la dépression paternelle. Sur la base des études effectuées, Goodman et Gotlib (1999) présentent un modèle suggérant un effet positif et protecteur du père non dépressif auprès de l'enfant lorsque la mère vit un épisode dépressif. Ces auteurs proposent que les effets de la dépression maternelle sur l'enfant sont modérés par plusieurs éléments, dont la présence du père et sa santé mentale. Le modèle intégratif suggéré par ces auteurs est vaste et la présente étude ne vise pas à le tester dans son ensemble. Cependant, l'étude visera à préciser le rôle de la dépression paternelle. Goodman et Gotlib (1999) suggèrent un rôle modérateur : la santé mentale du père aurait une influence sur la relation entre la manifestation de troubles chez l'enfant et la dépression de la mère. Lorsqu'il est présent et

non dépressif, le père contribuerait à la résilience de l'enfant et à atténuer les symptômes dépressifs chez la mère en agissant sur la relation entre les deux. À l'inverse, le père qui souffre de symptômes dépressifs augmenterait le risque pour l'enfant de vivre un trouble intériorisé, ainsi que les symptômes dépressifs de la mère. Nonobstant l'étude de Carro et al. (1993), sauf erreur, les appuis empiriques à cette hypothèse demeurent inexistantes. Étant donné le peu d'appuis empiriques, il est également possible que la dépression du père s'ajoute simplement à la dépression de la mère (effet additif).

Au plan empirique, Hossain, Field, Gonzalez, Malphurs, Valle, et Pickens (1994) ont observé que le père en bonne santé mentale a des interactions plus positives que sa conjointe dépressive avec son enfant âgé entre trois et six mois. Cependant, ces résultats n'ont pu être reproduits par une étude ultérieure (Chabrol, Bron, & LeCamus, 1996) possiblement à cause d'un échantillon trop petit et de l'absence de niveau de dépression sévère chez les parents de l'échantillon.

Dans le même esprit, Carro, Grant, Gotlib et Compas (1993) ont examiné les caractéristiques maternelles et paternelles un mois après la dépression postpartum de la mère pour identifier les aspects protecteurs ou représentant un risque pour le développement des troubles intériorisés et/ou extériorisés chez l'enfant à deux et trois ans. Ils ont évalué les symptômes dépressifs de la mère et du père à l'aide du Beck Depression Inventory (BDI; Beck & al., 1961) à deux reprises : (1) lorsque la mère était enceinte de 23.1 semaines ; et (2), un mois après l'accouchement. Selon les résultats, les symptômes dépressifs du père étaient associés à une hausse significative de la présence de symptômes dépressifs chez la mère. Ainsi que le rapportent les auteurs, la symptomatologie dépressive du père aurait donc un effet d'interaction avec la dépression chez la mère, qui agiraient ensemble sur les problèmes intériorisés et extériorisés de l'enfant âgé de deux à trois ans.

Caractéristiques de l'enfant et de sa famille

Dans cette étude, nous souhaitons examiner les corrélations entre les variables. Il est donc important d'éliminer certains problèmes d'interprétation, compte tenu du fait qu'il s'agit d'un devis corrélationnel. Dans cette optique, nous examinerons la pertinence de contrôler statistiquement l'influence du tempérament et du sexe de l'enfant, du revenu économique du ménage, du soutien social reçu par la mère ainsi que l'influence d'autres psychopathologies parentales, soit l'anxiété et les comportements antisociaux.

Le tempérament de l'enfant.

Le tempérament est défini comme étant un regroupement des différences individuelles dans la réactivité et l'autorégulation, reposant sur une base constitutionnelle ou biologique (Rothbart, Evans & Ahadi, 2000). Thomas, Chess et Birch (1968; dans Korn & Gannon, 1983) définissent un tempérament difficile comme étant la démonstration de fréquents affects négatifs, d'irrégularité dans l'alimentation, dans les cycles de sommeil et d'élimination. Selon une méta-analyse de Beck (1996), effectuée sur 17 études, il y aurait une corrélation significative modérée ($r = 0.31$) entre le tempérament difficile durant la première année de vie de l'enfant et la dépression maternelle. Quant à Cassidy, Zoccolillo et Hugues (1996), leur étude suggère une association positive entre la difficulté de l'enfant et la sévérité des symptômes dépressifs chez les mères adolescentes. Également, Field (1995) pose l'hypothèse que certains enfants présentent tôt dans la vie un profil inadapté, ce qui aurait un impact négatif sur la relation mère-enfant, indépendamment de la psychopathologie dépressive de la mère. Le tempérament plus difficile de son enfant serait

donc une source de stress supplémentaire pour une mère déjà atteinte de symptômes dépressifs.

Selon Beck (1996), les parents dépressifs ont tendance à percevoir leur enfant comme plus difficile que les personnes de l'entourage connaissant bien l'enfant. À cet égard, Whiffen et Gotlib (1989) ont évalué la dépression maternelle à l'aide d'un questionnaire auto-révéle et d'une entrevue, de même que la perception des parents à l'égard de la difficulté des comportements de leur enfant (habitudes de sommeil, réactions à la nourriture, fréquence et intensité des pleurs). De plus, les mères et leur enfant de deux mois ont été observés lors d'une visite en laboratoire quant au comportement de l'enfant au plan de ses affects, de son agitation et de sa sensibilité aux personnes et aux objets. Globalement, Whiffen et Gotlib (1989) ont observé que non seulement les mères dépressives avaient une perception plus négative de leur capacité parentale et de la difficulté que représente les soins à donner à leur enfant, mais elles semblent avoir effectivement des enfants plus difficiles. Selon l'évaluation de l'observateur, comparés aux enfants de mères non-dépressives, les enfants des mères dépressives étaient plus tendus, moins contents et leur comportement se détériorait plus facilement pendant l'évaluation : leur détresse grandissait au fur et à mesure que l'évaluation progressait.

Selon les auteurs, il est donc possible que les comportements et affects dépressifs de la mère viennent exacerber la détresse chez l'enfant, le rendant plus difficile. En retour, la difficulté de leur enfant viendrait abaisser le sentiment d'efficacité et de compétence de la mère, augmentant ses symptômes dépressifs. Le fait que le lien entre la dépression maternelle et le tempérament difficile de l'enfant puisse être bidirectionnel devient problématique lorsqu'il est question de contrôler cette variable. En effet, puisque la

dépression chez la mère influe possiblement sur le tempérament de son enfant, le fait de contrôler cette influence peut empêcher de discerner le lien entre la dépression maternelle et les troubles chez l'enfant. Cependant, comme il apparaît que le tempérament difficile de l'enfant a lui aussi une influence sur les symptômes dépressifs de la mère ainsi que sur la manifestation de troubles intériorisés (Lonigan & Phillips, 2001), il est utile de vérifier la pertinence de contrôler son effet afin d'être à même de mieux discerner la contribution unique de la dépression maternelle.

Le sexe de l'enfant.

Dans le même ordre d'idée, la pertinence de contrôler le sexe de l'enfant sera examiné. En effet, si certains chercheurs n'ont trouvé aucun effet du sexe de l'enfant en bas âge dans leurs études sur l'impact de la dépression maternelle (p.ex., Moore & al., 2001; Whiffen & Gotlib, 1989), d'autres suggèrent des impacts différents de la psychopathologie dépressive de la mère selon que l'enfant est une fille ou un garçon. Par exemple, Radke-Yarrow et al. (2001) ont trouvé une différence au plan des affects partagés dans la dyade, en ce qui concerne le sexe de l'enfant (plus d'anxiété lorsque l'enfant est une fille, et plus d'irritabilité lorsque l'enfant est un garçon). Également, les résultats obtenus par Marchand et Hock (1998) suggèrent que les garçons d'environ quatre ans de mères dépressives démontraient davantage de problèmes extériorisés que les filles. Il apparaît donc nécessaire de considérer le sexe de l'enfant comme une variable dont l'effet est à contrôler.

Revenu économique familial, soutien social de la mère et autres psychopathologies parentales

Certaines caractéristiques familiales sont également importantes à considérer dans la présente étude: il s'agit du revenu total du ménage et du soutien social reçu par la mère. En effet, plusieurs études appuient un lien entre un faible revenu économique, la dépression maternelle et un effet négatif sur le développement des enfants (p.ex., Petterson & Burke Albers, 2001). Il s'agit d'un lien indirect, puisque les préoccupations à caractère économique causent un stress plus élevé au parent, le rendant plus préoccupé et plus irritable, encore une fois moins disponible à une relation positive avec son enfant (Shaw & al., 1997). De plus, le revenu familial pourrait bien jouer un rôle modérateur entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant. En effet, il influence à la fois les deux variables : un moindre revenu affecte non seulement la disponibilité du parent, mais aussi celle d'autres ressources dans l'environnement (Cicchetti & Toth, 1998) qui auraient pu contribuer au bien-être de l'enfant en lui permettant de fréquenter des adultes non-dépressifs et d'avoir accès à des opportunités et des stimulations à l'extérieur du foyer familial (par exemple, des activités parascolaires, une garderie éducative).

Concernant le soutien social, il apparaît important d'en contrôler les effets dans l'échantillon à l'étude, afin d'établir clairement la nature de la contribution d'un père dépressif ou non dépressif. En effet, il semble que l'enfant établisse avant la fin de sa première année de vie une relation privilégiée avec un certain nombre d'adultes de son entourage (Parent & Saucier, 1999). Lorsque la mère est dépressive, ces relations peuvent représenter un élément de résilience important pour l'enfant, puisqu'elles introduisent pour lui la possibilité de vivre une ou des relations sécurisantes avec une ou plusieurs figures d'attachement. Au niveau de la littérature, notons que Carro et al. (1993) soutiennent que le

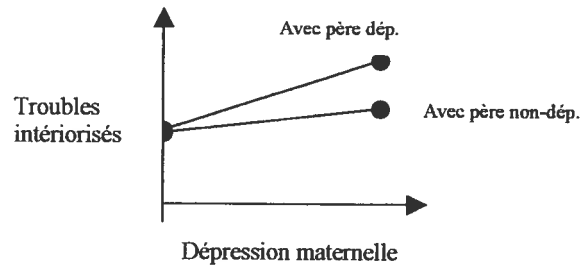
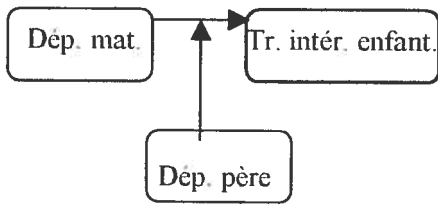
facteur de résilience le plus souvent mentionné pour les enfants vivant avec un parent atteint de maladie mentale est une relation chaleureuse avec un adulte à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille. De la même façon, ces présences procurent à la mère un sentiment de soutien important qui pourront possiblement contribuer à abaisser son stress et ses sentiments négatifs, particulièrement si le père de l'enfant est absent ou dépressif. En contrôlant le soutien social autour de la mère, la contribution unique de la dépression maternelle et de la présence du père dépressif ou non pourra être examinée clairement.

Enfin, toujours dans le but de bien discerner la contribution unique de la dépression maternelle sur les troubles intériorisés, nous contrôlerons les effets potentiels d'autres psychopathologies maternelles telles que les troubles anxieux et les comportements antisociaux. Il apparaît nécessaire de contrôler les manifestations de troubles anxieux chez les parents, en raison du fait que ces troubles sont souvent retrouvés en comorbidité avec les troubles dépressifs (Compas & Oppedisano, 2000). De plus, les comportements antisociaux chez les parents peuvent être un facteur de risque pour le développement de l'enfant, autant au plan des manifestations de troubles intériorisés que des troubles extériorisés. Les mêmes psychopathologies seront contrôlées statistiquement chez le père de l'enfant, pour permettre de bien tester la contribution de la dépression paternelle sur les troubles intériorisés de l'enfant.

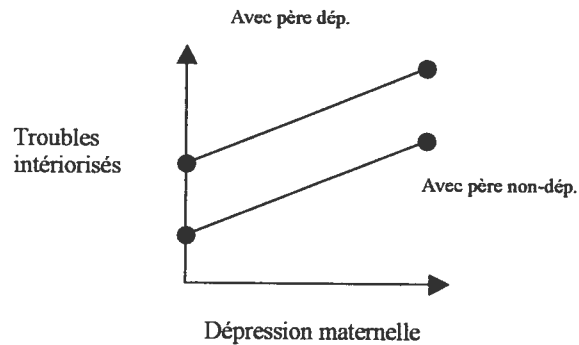
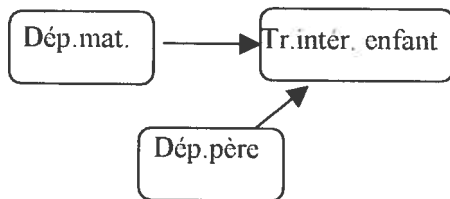
Hypothèses

Si les premières analyses confirment l'impact de la dépression maternelle sur la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant dans notre échantillon, l'hypothèse du rôle médiateur de la qualité de la relation mère-enfant sera examinée. Il est postulé que deux dimensions, soit le climat affectif et l'étayage maternel soient un mécanisme explicatif du lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant.

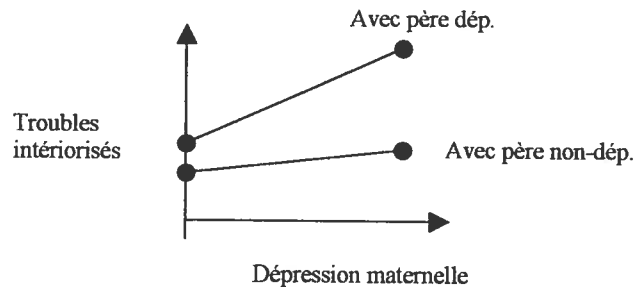
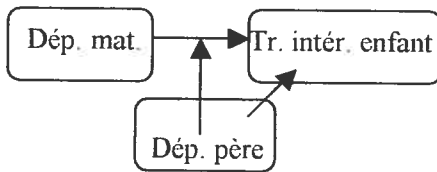
Une deuxième hypothèse concerne la contribution de la dépression paternelle aux troubles intériorisés chez l'enfant. Trois effets possibles sont envisagés : un effet modérateur, un effet additif ou un effet modérateur-additif (voir la figure 1; pour de plus amples explications, voir aussi Baron et Kenny, 1986). Un effet modérateur signifie que la dépression paternelle influencerait le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant, contribuant ainsi à augmenter l'association entre les symptômes chez la mère et chez l'enfant, ou à les diminuer lorsqu'il est non-dépressif. Un effet additif appuie l'hypothèse qu'un père non dépressif agirait directement sur les troubles intériorisés de l'enfant, indépendamment de la dépression maternelle : que la mère soit dépressive ou non, la présence d'un père non dépressif est associée à un niveau moindre de problèmes intériorisés chez l'enfant, comparativement à la présence d'un père dépressif. Finalement, un effet modérateur-additif signifie que la dépression paternelle influencerait à la fois le lien entre les deux variables et l'émergence de troubles intériorisés chez l'enfant.



Un effet modérateur : la variable de dépression paternelle influence l'amplitude du lien entre les deux autres.



Un effet additif : l'effet de la variable dépression paternelle sur les troubles intérieurs s'ajoute à celui de la dépression chez la mère.



Un effet modérateur-additif : Non seulement la variable de dépression paternelle influence les troubles intérieurs mais en outre, elle influence l'amplitude du lien entre la dépression maternelle et les troubles intérieurs.

Figure 1 : Trois modèles illustrant la contribution possible de la dépression paternelle en lien avec la dépression maternelle et les troubles intérieurs chez l'enfant.

Méthode

Échantillon

Les participants à cette étude proviennent de l'étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 1997-2001). La population visée par cette enquête touche l'ensemble des bébés de cinq mois résidant dans les villes situées à environ une heure de route de Québec et de Montréal (Santé Québec, 1997). Seules les familles parlant français ou anglais ont été retenues. Considérant les contraintes budgétaires, 1000 bébés ont été recrutés à partir du « fichier maître des naissances » du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'année civile 1996. Une lettre a été envoyée aux familles puis une firme a effectué un recrutement téléphonique. Suite à ces démarches, 572 mères ont accepté de participer avec leurs bébés de 5 mois (et plusieurs, avec leur père) à la collecte de données.

À 48 mois, des contraintes budgétaires permettaient d'inviter un nombre restreint de familles à participer aux tâches en laboratoire, au Centre de recherche Fernand-Séguin (CRFS). Seules les familles francophones de la région montréalaise ont été sollicitées. Des 283 familles ciblées, 8 familles n'ont pu être retracées, 11 familles ont opposé un refus catégorique, 65 ont refusé de participer aux laboratoires, et 4 familles avaient déménagé hors région. Le haut taux de refus s'explique en partie par le fait que les familles avaient été évaluées récemment (à 42 mois) et que le projet ne demandait habituellement pas de déplacement : toutes les autres collectes avaient été effectuées lors de visites au domicile, par téléphone ou par envoi postal. En somme, dans cette étude, les analyses portent sur 194 dyades mère-enfant dont 184 dyades pour lesquelles une mesure pérennisée de la dépression paternelle est disponible. Certaines caractéristiques socio-démographiques des familles de l'ÉLDEQ et de l'échantillon à l'étude sont présentées dans le tableau I.

Tableau 1 : Répartition des nourrissons de 5 mois de l'ÉLDEQ et de l'échantillon actuel selon l'origine ethnique, la composition familiale, la scolarité des parents, la situation en emploi et le revenu du ménage

Variable /Catégorie	Échantillon original (ÉLDEQ, n=572)		Échantillon actuel (n=194)	
	n	%	n	%
Origine ethnique^a				
Canadienne	406	(74.4)	158	(81.4)
Française	280	(51.3)	110	(56.7)
Européenne	80	(14.7)	29	(14.8)
Britannique	74	(13.6)	6	(3.1)
Amérindienne	21	(3.8)	6	(3.1)
Autres	129	(23.6)	30	(14.5)
Âge de la mère				
- de 20 ans	18	(3.1)	4	(2.1)
20-24 ans	93	(16.3)	23	(11.7)
25-29 ans	186	(32.5)	63	(23.4)
30-34 ans	190	(33.2)	78	(40.2)
35-39 ans	76	(13.3)	21	(10.9)
40 ans et plus	9	(1.6)	5	(2.5)
Âge du père^b				
- de 20 ans	8	(1.4)	2	(1)
20-24 ans	46	(8.4)	9	(5.6)
25-29 ans	131	(23.9)	44	(22.6)
30-34 ans	214	(37.0)	77	(39.7)
35-39 ans	104	(18.9)	41	(21.1)
40 ans et plus	46	(8.4)	13	(6.6)
Composition familiale				
Biparentale	544	(95.3)	184	(94.8)
Intacte	489	(85.7)	158	(81.4)
Recomposée	55	(9.6)	26	(13.4)
Monoparentale	27	(4.7)	10	(5.2)
Scolarité de la mère				
Sans diplôme d'études secondaires	65	(11.9)	4	(2.1)
Diplôme d'études secondaires	178	(32.5)	41	(21.2)
Diplôme d'études post-secondaires	153	(28.0)	79	(40.9)
Diplôme d'études universitaires	151	(27.6)	69	(35.8)

Tableau 1 (suite)

Scolarité du père^c				
Sans diplôme d'études secondaires	73	(14.1)	11	(5.7)
Diplôme d'études secondaires	165	(31.8)	40	(20.7)
Diplôme d'études post-secondaires	143	(27.5)	86	(44.6)
Diplôme d'études universitaires	138	(26.6)	54	(28.0)
Situation en emploi famille biparentale^d				
Les deux parents en emploi	356	(68.6)	127	(69.4)
Un seul parent en emploi	138	(26.6)	42	(22.9)
Aucun parent en emploi	25	(4.8)	7	(3.8)
Situation en emploi famille monoparentale				
Parent en emploi	10	(38.5)	5	(71.4)
Parent sans emploi	16	(61.5)	2	(28.6)
Revenu du ménage^e				
Moins de 30 000 \$	155	(29.0)	28	(15)
30 000 à 59 999 \$	223	(41.7)	74	(39.5)
60 000 \$ ou plus	157	(29.3)	85	(45.5)

^a Le total des pourcentages de l'origine ethnique n'égal pas 100, car les répondants peuvent déclarer plus d'une origine ethnique.

^b Il y a 6 (3.1%) sujets manquants concernant l'âge du père biologique pour l'échantillon à l'étude.

^c Il y a 2 données qui sont manquantes concernant la scolarité du père pour l'échantillon à l'étude.

^d Il y a 6 mères et 7 pères manquants concernant la situation en emploi pour l'échantillon à l'étude.

^e Il y a sept sujets manquants dans le revenu du ménage pour l'échantillon à l'étude.

Procédure

Lorsque l'enfant a 5 mois, une assistante de recherche se rend à domicile avec une accompagnatrice et réalise une entrevue avec la mère et l'enfant, d'une durée d'environ 2h45, au cours de laquelle la mère évalue le tempérament de son enfant et complète un questionnaire sur plusieurs caractéristiques personnelles et familiales (dont le questionnaire sur la dépression maternelle ponctuelle, le revenu économique familial et le soutien social). À partir de 17 mois (incluant donc les questionnaires complétés à 30, 42 et 60 mois), cette entrevue est téléphonique. À 17 mois, la mère répond aux différents questionnaires par rapport à ses comportements antisociaux avant et après ses études, et complète également le questionnaire sur la dépression ponctuelle. À 30 mois, la mère complète les questionnaires

relatifs à : (1) ses symptômes anxieux, répertoriés selon le DSM-IV, (2) son soutien social, selon sa perception, et (3) ses symptômes dépressifs durant l'ensemble de sa vie jusqu'à ce jour (dépression pérennisée), répertoriés également selon le DSM-IV. À 42 mois, elle complète le questionnaire ponctuel sur la présence de symptômes dépressifs. Enfin, à 60 mois, la mère complète un questionnaire téléphonique sur les troubles intériorisés de son enfant. À cet âge, une autre personne connaissant bien l'enfant complète également un questionnaire téléphonique sur les troubles intériorisés de l'enfant ciblé (généralement, il s'agit de l'éducatrice en garderie).

Un mois avant l'entrevue avec les mères, les pères reçoivent par la poste les mêmes questionnaires. Concernant les tâches effectuées en laboratoire lorsque l'enfant avait 48 mois, 194 dyades mère-enfant ont participé aux laboratoires. Les dyades ont été filmées pendant leur participation aux tâches de numération ayant permis d'évaluer la qualité de la relation mère-enfant. Le tableau II permet une appréciation schématique des âges auxquels une cueillette de données a été effectuée pour les variables à l'étude.

Tableau 2 : Âge l'enfant au moment de la cueillette de données pour les variables à l'étude (mesure en nombre de mois).

Mesure	5	17	30	42	48	60
Dépression maternelle pérennisée			X			
Dépression maternelle ponctuelle	X	X		X		
Dépression paternelle pérennisée			X			
Anxiété maternelle			X			
Anxiété paternelle			X			
Comportement antisocial de la mère		X				
Comportement antisocial du père	X					
Soutien social de la mère	X					
Revenu économique familial	X					
Tempérament de l'enfant	X					
Qualité relation mère-enfant (climat affectif et qualité de l'étayage maternel)					X	
Troubles intériorisés chez l'enfant						X

Instruments

Dépression parentale.

La dépression parentale a été évaluée de deux façons : (1) par une mesure catégorielle permettant d'évaluer si le parent a déjà vécu un épisode dépressif durant sa vie (dépression pérennisée), ainsi que (2) par une mesure dimensionnelle, qui permet de savoir si le parent vit ou a vécu plusieurs symptômes dépressifs durant les six derniers mois précédents la cueillette de données (dépression ponctuelle). La première évaluation est effectuée à partir d'une mesure adaptée par Zoccolillo à partir de la *NIMH Diagnostic Interview Schedule* et traduite en français par Santé Québec (1997). Ces questions permettent de mesurer la présence et la sévérité des symptômes associés à un épisode dépressif majeur (voir annexe 1). À partir de celles-ci, il est possible d'évaluer si le répondant rencontre les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994) pour un épisode dépressif majeur. Cette échelle a été administrée lors d'une entrevue téléphonique avec la mère alors que l'enfant avait 30 mois et par un questionnaire postal adressé au père biologique de l'enfant au même âge. Afin de déterminer si le répondant a souffert d'épisodes dépressifs majeurs durant sa vie, les critères suivants sont utilisés pour ce questionnaire : (1) Le parent répond positivement à une question concernant la présence d'une humeur dépressive pendant deux semaines ou plus; (2) Le parent répond positivement à au moins quatre items de la question présentant les symptômes reliés au diagnostic d'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV (appétit, sommeil, estime de soi, fatigue, intérêt, concentration, idéations suicidaires); et (3), le parent répond positivement à l'une ou l'autre des deux questions concernant la consultation d'un professionnel de la

santé à propos des symptômes ressentis ou la présence d'un dysfonctionnement social et/ou professionnel.

La deuxième évaluation de la dépression parentale est effectuée à partir de l'échelle de dépression dérivée du questionnaire auto rapporté Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D; Radloff, 1977), dont les questions ont été traduites en français (voir annexe 2). Le questionnaire CES-D est une mesure dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes (Radloff, 1977). Bien que les symptômes pris en compte soient reliés de très près à ceux du DSM-IV, le questionnaire ne tient pas compte de la notion de durée des symptômes (deux semaines ou plus) ni de leur impact sur le fonctionnement de la personne qui les ressent, contrairement au premier questionnaire. Par contre, ce questionnaire permet de préciser l'impact de la dépression du parent sur sa relation avec son enfant, puisque la mesure concerne le présent plutôt que le passé du parent. En effet, celui-ci répond à ce questionnaire à plusieurs reprises, soit à 5, 17, 30 et 42 mois.

Troubles intériorisés.

La manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant a été évaluée à partir de cinq échelles (troubles émotifs ou symptômes dépressifs, anxiété, anxiété de séparation, retrait social et timidité ; voir annexe 3) dont les questions ont été tirées du *Child Behavior Checklist* (CBCL ; Achenbach & al., 1987). Elles ont été complétées par une personne connaissant bien l'enfant (généralement, l'éducatrice en garderie) et par la mère. Le CBCL est connu par la communauté scientifique comme ayant des propriétés psychométriques satisfaisantes (Achenbach, & al., 1987), ce qui assure la validité de construit des échelles. Dans la présente étude, les cinq échelles ont été regroupées en un score combiné défini sous le titre « troubles intériorisés », qui regroupe les perceptions de la mère et de la personne

connaissant bien l'enfant. Afin de s'assurer de la fidélité interne de la mesure, l'alpha de Cronbach de cette échelle combinée a été calculée et donne des résultats satisfaisants ($\alpha=0.68$).

Qualité de la relation mère-enfant.

Le climat affectif et la qualité de l'étayage maternel sont évalués en laboratoire à partir de deux tâches de numération effectuées conjointement par la mère et son enfant, alors que celui-ci a 48 mois. L'activité est filmée sur bande vidéo. Une assistante explique à la mère et à l'enfant la tâche à faire. Puis, l'assistante sort de la pièce et la mère et l'enfant exécutent les tâches, qui durent environ 15 minutes chacune. À partir des enregistrements vidéos, trois personnes entraînées ont ensuite évalué la capacité du parent à guider adéquatement l'enfant tout en favorisant son autonomie (qualité de l'orientation ou étayage) et le climat affectif (la qualité de la solidarité, de la coopération et le partage d'affects) pendant l'exécution des tâches.

L'évaluation se fait à partir d'échelles ordinales (voir annexe 4). Pour l'échelle de la qualité de l'étayage maternel, un score faible (1) représente un étayage maternel inadéquat axé sur un excès de contrôle ou d'intrusion, laissant très peu d'autonomie à l'enfant, ou encore sur un désengagement maternel de la tâche et un excès d'autonomie laissé à l'enfant. Un score élevé (5) signifie un équilibre entre le contrôle exercé par la mère et le niveau d'autonomie laissé à l'enfant : la tâche est donc une bonne opportunité d'apprentissage pour l'enfant. Pour l'échelle de climat affectif, un score faible représente un manque de coopération entre les partenaires ainsi que la présence d'affects et d'émotions déplaisants, voire aliénants ; un score élevé représente au contraire un fort

partenariat et une excellente coopération, avec la présence d'affects positifs, d'harmonie et de joie à travailler ensemble (confort des partenaires). La grille d'évaluation de la qualité globale de la relation mère-enfant a été adaptée par Caron et Parent (1999), à partir des travaux d'Oppenheim (1997) et de Leahey (2000). Des accords inter-juges ont été calculés à partir de vidéos choisis aléatoirement et ont été faits périodiquement afin d'assurer une constance dans les résultats tout au long de la période de codage. La cohérence interjuge a été calculée à l'aide de l'alpha et indique que l'accord inter-juge concernant le climat affectif est excellent (0.96), de même que celui de l'échelle de la qualité de l'étayage maternel (0.97).

Les deux dimensions de la qualité de la relation mère-enfant ont été évaluées séparément pour chacune des deux tâches. Afin d'obtenir un seul score pour le climat affectif et un seul score pour la qualité de l'étayage maternel, une moyenne sera calculée entre les scores des dyades pour chacune de ces dimensions.

Le tempérament de l'enfant.

Le tempérament a été évalué à partir du *Infant Characteristics Questionnaire* (ICQ ; Bates & al., 1979, 1980) complété par la mère et par le père lorsque l'enfant a cinq mois. Cet instrument comprend 24 items au total répartis en plusieurs échelles. Pour les besoins de la présente étude, nous utiliserons l'échelle concernant l'agitation et le tempérament difficile de l'enfant, comprenant neuf questions. Pour chacune de ces questions, le répondant doit indiquer où se situe l'enfant sur une échelle ordinaire en sept points, le score le plus bas (1) représentant des traits de tempérament optimaux, et le score le plus élevé (7) représentant un tempérament difficile. Selon les auteurs, les items utilisés dans la description du tempérament difficile proviennent des suggestions de Thomas et al. (1968;

dans Korn & Gannon, 1983). L'*Infant Characteristics Questionnaire* a été validé par Bates et ses collègues (1979, 1980) auprès d'une population de 196 mères d'enfants de quatre à six mois. Les qualités psychométriques présentées par cet instrument sont satisfaisantes, selon l'évaluation menée par Bates et al. (1979, 1980).

Le revenu économique du ménage, le soutien social et les autres psychopathologies parentales.

Le revenu total du ménage est obtenu, lorsque l'enfant a 5, 17, 30, 42, 54 et 60 mois. Il est réparti en huit classes où le parent interrogé doit indiquer le niveau du revenu total, avant impôts et retenues au cours des douze derniers mois, de tous les membres vivant habituellement dans le ménage dont fait partie l'enfant cible. Il inclut les prestations versées par les deux paliers de gouvernement (p.ex., aide sociale, assurance-emploi ou chômage). La répartition de cette variable peut être observée dans le tableau 1, en trois classes de revenu.

Le soutien social reçu par la mère est évalué par questionnaire, aux mêmes âges que le revenu économique du ménage. Il comprend six affirmations à propos des gens qui peuvent l'aider, avec qui elle peut parler, dont elle se sent proche (voir annexe 7). La mère doit indiquer si elle est entièrement en désaccord (1), en désaccord (2), d'accord (3) ou entièrement d'accord (4) avec l'énoncé.

L'instrument de dépistage visant à mesurer les symptômes anxieux des parents consiste en dix questions représentant les manifestations des troubles anxieux tels que décrits par le DSM-IV. Cet instrument de dépistage a été inspiré par des échelles existantes dans la littérature sur le sujet (Séguin, Freston, Tarabulsky, Zoccolillo, Tremblay, & Carbonneau, 2000). Cette échelle a été administrée à la mère par questionnaire

téléphonique alors que l'enfant avait 30 mois et complété par le père un mois avant l'entrevue avec la mère (voir annexe 5).

Les comportements antisociaux de la mère ont été mesurés à partir d'un questionnaire téléphonique alors que l'enfant avait 17 mois. Le même questionnaire a été utilisé auprès du père biologique de l'enfant, lorsque celui-ci avait 5 mois, administré sous forme de questionnaire postal. Cet instrument de dépistage comprend huit questions concernant des comportements considérés comme antisociaux (voir annexe 6).

Résultats

Les résultats des analyses effectuées sont présentés en quatre sections. La première section présente deux aspects. Premièrement, les analyses préliminaires concernant la pertinence de contrôler les variables projetées (tempérament difficile et sexe de l'enfant, revenu économique familial et soutien social de la mère ainsi qu'anxiété et comportements antisociaux chez les parents) sont présentées. La décision de contrôler ou non chacune de ces variables est basée sur trois considérations : (1) la pertinence théorique d'en contrôler la variance, (2) la présence de corrélation avec les variables indépendantes et (3) une influence de cette variable sur le lien entre la variable indépendante et la variable dépendante. Ensuite, la composition des variables à l'étude sera discutée, de même que le respect des postulats reliés aux analyses projetées, soit l'examen des fréquences et de la distribution des variables, la multicollinéarité, la distribution des scores résiduels, le nombre de sujets par prédicteur et enfin, la linéarité de la relation entre les prédicteurs et la variable dépendante.

La deuxième section présente les résultats des analyses de régression linéaire multiple concernant l'effet de la dépression maternelle sur la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant. La contribution de la dépression paternelle est analysée en troisième section. Enfin, la quatrième section présente les résultats concernant l'effet médiateur de la qualité de la relation mère-enfant.

Résultats des analyses préliminaires

Les caractéristiques de l'enfant

D'après plusieurs études, un tempérament difficile chez l'enfant est associé modérément et positivement à la dépression maternelle (Beck, 1996; Cassidy & al., 1996). Selon les résultats des analyses préliminaires effectuées dans l'échantillon à l'étude, le

tempérament difficile de l'enfant à 5 mois selon la mère et le père n'est pas corrélé de façon significative avec la dépression maternelle ou paternelle. Quelques corrélations sporadiques apparaissent, sans plus. Ainsi, on observe des corrélations faibles et positives entre la dépression paternelle pérennisée et le rapport de tempérament difficile chez l'enfant de 5 mois selon la mère ($r=0,18$, $p=0,04$, $n=126$), et entre la dépression maternelle ponctuelle à 42 mois et le rapport de tempérament difficile chez l'enfant de 5 mois selon le père ($r=0,14$, $p=0,09$, $n=158$).

De plus, lorsque les corrélations entre les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois et la dépression parentale sont examinées, il n'y a pas de différence selon que l'on contrôle ou non le tempérament difficile de l'enfant. Compte tenu des résultats préliminaires obtenus, le tempérament difficile ne sera toutefois pas une variable contrôlée dans les analyses de la présente étude.

Concernant l'influence du sexe de l'enfant sur la manifestation ultérieure de troubles intériorisés, certains auteurs ont noté un impact différent de la dépression maternelle sur l'enfant, selon le sexe de celui-ci (Marchand & Hock, 1998; Radke-Yarrow & al., 2001; pour des résultats différents, voir Moore & al., 2001; Whiffen & Gotlib, 1989). Toutefois, les résultats des analyses préliminaires démontrent que le sexe de l'enfant n'est pas associé à la dépression maternelle et paternelle. De plus, le fait de contrôler cette variable ne modifie pas la corrélation entre les troubles intériorisés chez l'enfant et la dépression maternelle ou paternelle. Dans cette optique, le sexe de l'enfant ne sera pas contrôlé dans les analyses.

Les caractéristiques familiales

Petterson & Burke Albers (2001) observent une association entre les préoccupations à caractère économique, un stress plus élevé chez les parents et des répercussions négatives plus importantes chez les enfants. Dans notre échantillon, le revenu économique familial est corrélé uniquement à la dépression paternelle ($r=-0,15$, $p=0,08$, $n=127$). Toutefois, à l'instar du tempérament et du sexe de l'enfant, aucune différence significative n'est observée dans les corrélations entre la dépression des parents et les troubles intériorisés chez l'enfant, selon que l'on contrôle ou non pour le revenu familial. En conséquence, cette variable ne sera pas contrôlée dans les analyses.

Quant au soutien social de la mère alors que l'enfant a 5 mois, les résultats des analyses préliminaires ne révèlent pas de corrélation significative avec la dépression des parents ni avec les troubles intériorisés de l'enfant à 60 mois. Toutefois, cette variable sera contrôlée dans les analyses, en raison de son importance théorique. En effet, certains auteurs ont noté l'impact positif pour les enfants vivant avec un parent atteint de maladie mentale d'avoir accès à une relation chaleureuse avec un adulte à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille (Carro & al., 1993; Parent & Saucier, 1999). Les résultats de Jacobson et Frye (1991) démontrent en outre de façon expérimentale que le soutien social à la mère en bas âge peut contribuer à améliorer la qualité du lien mère-enfant.

Les caractéristiques parentales

Les comportements antisociaux du père ne présentent aucune corrélation avec la dépression maternelle et paternelle, alors que les comportements antisociaux de la mère sont faiblement corrélées avec la dépression maternelle ($r=0,13$, $p=0,09$, $n=170$) et paternelle ($r=0,16$, $p=0,09$, $n=121$). Toutefois, aucun changement significatif n'est observé

dans les corrélations entre troubles intériorisés chez l'enfant et dépression maternelle et paternelle lorsqu'on contrôle les comportements antisociaux des parents. En outre, nous n'avons pas répertorié d'études empiriques démontrant un lien entre la dépression parentale, les comportements antisociaux des parents et les troubles intériorisés chez l'enfant. Dans cette optique, nous avons choisi de ne pas contrôler cette variable dans les analyses de la présente étude.

L'anxiété maternelle mesurée à 30 mois présente une corrélation modérée et significative avec la dépression maternelle pérennisée ($r=0,23$, $p=0,01$, $n=152$) ainsi qu'avec la dépression ponctuelle mesurée à 5 mois ($r=0,25$, $p=0,01$, $n=150$), à 17 mois ($r=0,39$, $p=0,01$, $n=147$) et à 42 mois ($r=0,32$, $p=0,01$, $n=150$). De plus, les corrélations entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant varient légèrement, selon que l'on contrôle ou non l'anxiété maternelle (voir tableau III). Toutefois, au plan conceptuel, il faut noter que l'anxiété et la dépression sont souvent présentes de façon comorbide chez les individus (Compas & Oppedisano, 2000). Dans cette optique, il peut devenir difficile de discerner la contribution unique de la dépression maternelle sur les troubles intériorisés de l'enfant. En effet, en contrôlant l'anxiété maternelle, la contribution des problèmes comorbides de dépression et d'anxiété se trouve éliminée du même coup. Mentionnons également que tenir compte de l'anxiété dans les équations entraîne une perte de sujet, donc de puissance analytique qui peut modifier les résultats obtenus. Dans ce contexte, afin de pouvoir comparer les résultats, les analyses de régression sont menées deux fois : une première fois en contrôlant l'anxiété maternelle, et une deuxième fois en ne la contrôlant pas.

Tableau 3 : Les corrélations entre la dépression maternelle et paternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois selon les rapports de la mère et de la personne connaissant bien l'enfant, avec et sans le contrôle de l'anxiété maternelle.

Mesure		Troubles intériorisés chez l'enfant	
		Avec contrôle de l'anxiété maternelle	Sans contrôle de l'anxiété maternelle
Dépression paternelle pérennisée	r	-0.08	-0.07
	p	0.37	0.43
	N	113	116
Dépression maternelle pérennisée	r	0.08	0.15**
	p	0.35	0.05
	N	138	171
Dépression maternelle à 5 mois	r	0.13	0.20**
	p	0.13	0.01
	N	138	173
Dépression maternelle à 17 mois	r	0.16*	0.25**
	p	0.06	0.01
	N	138	170
Dépression maternelle à 42 mois	r	0.08	0.18**
	p	0.37	0.02
	N	138	172
Chronicité de la dépression maternelle	r	0.12	0.23**
	p	0.15	0.01
	N	138	176
Intensité de la dépression maternelle	r	0.18**	0.28**
	p	0.03	0.01
	N	138	176
Variable de dépression maternelle tenant compte à la fois de la chronicité et de l'intensité de la dépression maternelle pérennisée et ponctuelle à 5, 17 et 42 mois.	r	0.16*	0.28**
	p	0.06	0.01
	N	138	176

p ≤ 0.10, ** p ≤ 0.05

Quant à l'anxiété paternelle mesurée à 30 mois, elle ne présente pas de corrélation avec la dépression maternelle, mais elle est modérément et significativement corrélée avec la dépression paternelle ($r=0.32$, $p=0.01$, $n=75$). Les corrélations entre dépression maternelle, dépression paternelle et troubles intériorisés chez l'enfant ne varient toutefois

pas de façon significative selon que l'on contrôle ou non l'anxiété paternelle. Nous observons plutôt une perte de puissance statistique lorsqu'on inclut cette variable, en raison d'une perte importante de sujets: le nombre de sujets dans notre échantillon passe en effet de 193 à environ 70 sujets. Notons également que nous n'avons pas répertorié d'études portant sur l'ambiguïté des liens entre dépression et anxiété chez le père, contrairement au lien entre dépression et anxiété maternelle. Dans ce contexte, l'anxiété du père ne sera pas contrôlée dans les analyses.

Composition des mesures de dépression maternelle et paternelle

Afin d'examiner l'impact de la dépression maternelle sur les troubles intériorisés de l'enfant à 60 mois ainsi que la contribution de la dépression paternelle, deux types de mesure de dépression sont disponibles, soit une mesure pérennisée, de nature catégorielle et une mesure ponctuelle, de nature dimensionnelle. Pour bien discerner l'impact de la chronicité et de l'intensité dépression maternelle, ces mesures ont été transformées et regroupées en indicateurs de la dépression maternelle. En ce qui concerne la dépression paternelle, un score a été créé sur la base des mesures disponibles.

Pour ce faire, les corrélations des mesures de dépression maternelle (pérennisée et ponctuelle) ont été examinées avant de procéder à des regroupements (tableau IV). Puis, ces nouveaux scores de la dépression maternelle ont été transformés en scores Z, afin de les rendre comparables. Enfin, une variable regroupant les quatre scores de dépression maternelle transformés en scores Z a été créée, afin de tenir compte à la fois de la chronicité et de l'intensité des épisodes dépressifs qu'a pu vivre la mère. Cette mesure combinée sera utilisée dans les premières analyses de régression. Cette étape s'avère significative, nous procédons alors à une analyse distincte de la chronicité et de l'intensité afin d'examiner

leurs contributions respectives. À l'instar de Brennan, Andersen, Hammen, et Bor (2000), la dépression maternelle est examinée sous l'angle de la chronicité (soit le nombre de fois où la mère a vécu un épisode dépressif situé au dessus du 70^e percentile sur les mesures pérennisée et à 5, 17 et 42 mois), et de l'intensité (soit l'épisode le plus intense qu'a vécu la mère parmi les quatre mesures utilisées).

Concernant la dépression paternelle, seule la mesure pérennisée est utilisée, car les analyses corrélationnelles révèlent que la dépression ponctuelle du père mesurée à 5 mois n'est pas corrélée avec la dépression paternelle pérennisée (tableau IV). De plus, seule la dépression paternelle pérennisée est corrélée avec les troubles intériorisés chez l'enfant, selon le rapport de la personne connaissant bien l'enfant. Cette corrélation est toutefois assez faible ($r=-0,17$, $p=0,09$, $n=102$).

Tableau 4 : Les corrélations entre les variables de dépression maternelle et paternelle.

Variables de dépression parentale		Dépression paternelle 5 mois	Dépression maternelle pérennisée	Dépression maternelle 5 mois	Dépression maternelle 17 mois	Dépression maternelle 42 mois
Dépression maternelle pérennisée	r	----	----	0.25**	0.35**	0.37**
	p			0.01	0.01	0.01
	n			185	181	181
Dépression maternelle 5 mois	r	----	----	----	0.43**	0.39**
	p				0.01	0.01
	n				182	183
Dépression maternelle 17 mois	r	----	----	----	----	0.52**
	p					0.01
	n					179
Dépression paternelle pérennisée	r	0.08	363**	0.16*	0.07	0.24**
	p	0.42	.000	0.07	0.40	0.01
	n	119	127	126	122	125
Dépression paternelle 5 mois	r	----	0.01	0.14*	0.13*	0.19**
	p		0.87	0.08	0.1	0.02
	n		163	164	159	162

$p \leq 0.1$, ** $p \leq 0.05$

Le respect des postulats de la régression linéaire multiple

L'examen des fréquences et de la distribution des variables montre que celles-ci sont normales. Les autres postulats sont aussi respectés : il n'y a pas de problème de multicollinéarité, ni de distribution singulière des scores résiduels. Le nombre de sujets par prédicteurs (32) est largement supérieur au minimum recommandé (15 et plus, Stevens, 1996). Enfin, la relation entre les prédicteurs et la variable dépendante est linéaire.

Le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant

Cette première série d'analyses de régression vise à vérifier le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant. À cette fin, deux analyses de régression sont menées pour vérifier la première hypothèse. Pour chacune des analyses de régression menées, l'ordre d'entrée des variables est constant : les variables de contrôle sont entrées dans un premier bloc, suivies des variables de dépression maternelle dans un deuxième bloc.

Selon les résultats des analyses de régression, la dépression maternelle contribue à la prédiction des troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, et ce, même si l'anxiété maternelle est prise en compte dans le modèle. L'ampleur de la contribution de la dépression maternelle varie toutefois selon que l'anxiété maternelle est contrôlée ou non (voir tableau 5). Afin d'estimer le pourcentage de variance expliquée dans la population, la formule de rétrécissement de Herzberg a été calculée (Stevens, 1996). Celle-ci permet également de comparer les contributions des différents modèles. Ainsi, l'étape 1 se révèle non-significative lorsque l'anxiété est absente du modèle : le soutien social de la mère n'est pas un prédicteur des troubles intériorisés. Toutefois, cette étape contribue à expliquer 8.9%

de la variance (Herzberg) lorsque l'anxiété est prise en compte. On peut observer également que le modèle 2 a une plus grande contribution à l'explication des troubles intériorisés lorsque l'anxiété est prise en compte. En effet, sans l'anxiété maternelle, le modèle 2 contribue pour 5.6%, alors qu'il contribue pour 10.4% à l'explication des troubles intériorisés chez l'enfant lorsque l'anxiété maternelle est entrée dans le modèle. Par contre, pour ce qui est de la contribution unique de la dépression maternelle, celle-ci diminue substantiellement lorsque l'anxiété est prise en compte. Elle passe en effet de 7,9% à 1,5%. Sa contribution demeure tout de même significative.

Tableau 5 : Résultats de la régression linéaire multiple (bêtas standardisés), visant à prédire la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, en contrôlant ou non pour l'anxiété maternelle

Prédicteurs	Modèle 1		Modèle 2	
	Avec anxiété	Sans anxiété	Avec anxiété	Sans anxiété
Anxiété maternelle	0.36**	---	0.28**	---
Soutien social de la mère	-0.02	0.03	-0.06	-0.05
Variable de dépression maternelle	---	---	0,20**	0,32**
Pourcentage de variance totale expliquée	12,9%	0,01%	15,9%	9,7%
R ² total ajusté (Herzberg)	8,9%	-2,3%	10,4%	5,6%

* $p \leq 0.10$, ** $p \leq 0.05$

Afin de distinguer la contribution de la chronicité et de l'intensité de la dépression maternelle, nous avons mené une autre analyse de régression, en séparant ces deux concepts. Les résultats indiquent que dans notre échantillon, seule l'intensité de la

dépression maternelle prédit significativement les troubles intériorisés chez l'enfant (voir tableau VI). Ce résultat est contraire à celui obtenu par Brennan et al. (2000), dont l'étude démontrait qu'autant la chronicité que l'intensité de la dépression maternelle avaient un impact important sur les problèmes d'adaptation de l'enfant à 5 ans.

Tableau 6 : Résultats des régressions linéaires multiples, visant à prédire la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, en contrôlant ou non pour l'anxiété maternelle, et en distinguant la contribution spécifique de la chronicité et de l'intensité de la dépression maternelle.

Prédicteurs	Modèle 1		Modèle 2	
	Avec anxiété	Sans anxiété	Avec anxiété	Sans anxiété
Anxiété maternelle	0,36**	---	0,30**	---
Soutien social de la mère	-0,02	0,03	-0,05	-0,01
Intensité de la dépression maternelle	---	---	0,21	0,35**
Pourcentage de variance totale expliquée	12,9%	0,1%	15,9%	7,6%
R ² total ajusté (Herzberg)	8,9%	-3,5%	8,6%	3,6%

* $p \leq 0.10$, ** $p \leq 0.05$

Par ailleurs, l'ampleur de la contribution de la dépression varie selon que l'on tienne compte ou non de l'anxiété maternelle dans l'analyse ($\beta = 0,21$, non-significatif, avec l'anxiété ; $\beta = 0,35$, $p < 0,05$, sans l'anxiété).

Finalement, la dépression maternelle contribue à prédire les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, particulièrement si l'on considère l'intensité de cette dépression. Cet effet est toutefois partiellement confondu avec l'effet de l'anxiété maternelle. D'autres

analyses sont nécessaires afin de clarifier la contribution de chacun de ces troubles présents chez la mère.

La relation entre l'anxiété et la dépression maternelle

Afin de mieux comprendre l'effet de la comorbidité entre la dépression et l'anxiété chez les mères de notre échantillon, nous avons décidé de mener une analyse de variance. Pour bien discerner les liens entre la dépression et l'anxiété, nous avons créé quatre groupes, soit (1) les mères dépressives et anxieuses (n=21), (2) les mères dépressives, mais peu anxieuses (n=18), (3) les mères peu dépressives mais anxieuses (n=42) et (4), les mères non dépressives et non anxieuses (n=77), en utilisant le 70^e percentile comme point de coupure sur chacune des variables. Notons que parmi les 140 mères pour lesquelles les deux scores sont disponibles, très peu souffrent ou ont souffert de dépression seulement, alors que les mères anxieuses-dépressives ou anxieuses seulement sont plus nombreuses (voir tableau VII).

Tableau 7 : Présentation du nombre de sujet, des moyennes et des écarts-type des groupes formés par le croisement entre l'anxiété et la dépression maternelle.

	Anxiété								
	Faible			Élevée			Total		
Dépression	n	M	(ét)	n	M	(ét)	n	M	(ét)
Faible	77	23,5	(3,4)	24	25,6	(3,5)	101	24,0	(3,5)
Élevée	18	24,6	(3,1)	21	26,7	(3,8)	39	25,7	(3,6)
Total	95	23,7	(3,4)	45	26,1	(3,7)	140	24,5	(3,6)

Les résultats de l'ANOVA indiquent que les effets principaux de l'anxiété et de la dépression sont tous deux significatifs (anxiété : $F= 9,13$ (dl=1), $p=0,03$; dépression :

$F=2,59$, $p=0,11$), alors que l'interaction ne l'est pas ($F=0,01$, ($df=1$) $p=1,0$). Ces deux variables s'ajoutent ainsi l'une à l'autre selon un modèle additif dans la prédiction des troubles intériorisés chez l'enfant.

La contribution de la dépression paternelle.

Concernant la contribution de la dépression paternelle à la prédiction des troubles intériorisés chez l'enfant, il semble qu'elle soit plutôt faible (le bêta oscille entre $-0,15$ et $-0,17$, voir tableau VIII). Le calcul de la formule de rétrécissement de Herzberg (Stevens, 1996) permet d'observer des variations similaires aux autres modèles : la contribution de la dépression paternelle diminue lorsque l'on prend en compte l'anxiété maternelle dans le modèle (1,1% sans anxiété, et 0,5% avec anxiété).

De plus, les résultats de la première analyse de régression (tableau 9) suggèrent que la dépression paternelle modère le lien entre la dépression maternelle et la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant, puisque le terme d'interaction entré au bloc 4 contribue, quoique faiblement, à la prédiction ($\beta=-0,20$, $p \leq 0,10$). Le bêta plutôt faible et peu significatif suggère que la dépression paternelle s'ajoute à la dépression maternelle à la fois selon un modèle additif et modérateur pour influencer les troubles intériorisés chez l'enfant.

Notons que le bêta de la dépression paternelle est négatif. Cela suggère que plus le père est dépressif, moins l'enfant a de troubles intériorisés, comme si, dans notre échantillon, la dépression paternelle avait un effet protecteur. De plus, la contribution de la dépression maternelle augmente lorsque la dépression paternelle est entrée au bloc 3, et elle augmente encore lorsque la variable d'interaction de la dépression maternelle et

paternelle est entrée au bloc 4 (le β passe de 0,20 à 0,26, à 0,41 avec l'anxiété et de 0,32 à 0,37, à 0,52 sans l'anxiété, voir tableau VIII). Dans ce contexte, nous avons tenté de préciser les liens entre la dépression maternelle, la dépression paternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant à l'aide de graphiques.

Tableau 8 : Résultats de la régression linéaire multiple indiqués en bêtas standardisés, la variable dépendante étant la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, en contrôlant ou non pour l'anxiété maternelle.

Prédicteurs	Modèle 2		Modèle 3		Modèle 4	
	Avec anxiété	Sans anxiété	Avec anxiété	Sans anxiété	Avec anxiété	Sans anxiété
Anxiété maternelle	0.28**	---	0.26**	---	0.24**	---
Soutien social de la mère	-0.06	-0.05	-0.08	-0.08	-0.12	-0.11
Variable de dépression maternelle	0.20**	0.32**	0.26**	0.37**	0.41**	0.52**
Dépression paternelle pérennisée	---	---	-0.15*	-0.17*	-0.16*	-0.18*
Interaction entre la dépression paternelle et maternelle	---	---	---	---	-0.20*	-0.21*
Pourcentage de variance totale expliquée	15,9%	9,7%	18,0%	12,4%	20,0%	14,6%
R ² total ajusté (Herzberg)	10,4%	5,6%	10,9%	6,7%	11,5%	7,4%

* $p \leq 0.10$, ** $p \leq 0.05$

Pour mieux comprendre les différents effets constatés, nous avons divisé l'échantillon en deux groupes, soit un groupe dans lequel on retrouve des mères dépressives (figure 2), et un deuxième groupe dans lequel les mères sont peu ou ne sont pas dépressives (figure 3). Les groupes ont été divisés sur la base d'un seul critère : les mères étaient considérées comme dépressives dès que leur score d'intensité et de chronicité (établi en score Z) était égal ou supérieur à 1. Si ce score Z était inférieur à 1, les mères étaient

considérées comme peu ou non-dépressives. Ainsi, l'examen de la figure 2 permet d'observer une relation non linéaire entre la dépression paternelle, et les troubles intérieurs chez l'enfant lorsque les mères sont dépressives. On distingue une pente négative dans la première partie du graphique, puis une pente positive pour les scores de dépression paternelle supérieure à cinq. De façon inattendue, l'absence d'épisode dépressif chez le père n'est pas un facteur de protection pour l'enfant, alors que lorsque le père fait l'expérience d'un épisode dépressif d'intensité modérée, cela semble constituer un facteur de protection pour l'enfant.

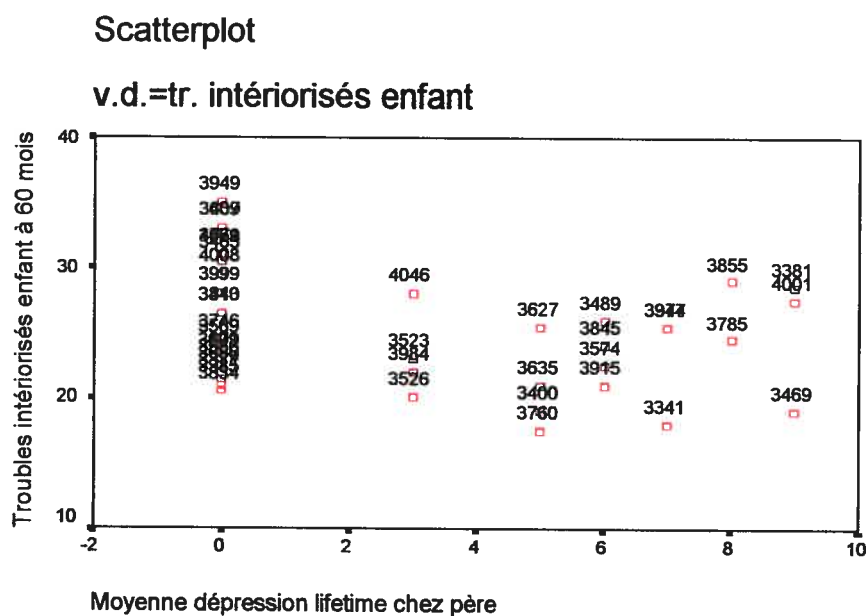


Figure 2 : La relation entre la dépression paternelle et les troubles intérieurs chez l'enfant de 60 mois, lorsque la mère est dépressive.

Lorsqu'on observe la figure 3, laquelle illustre graphiquement le lien entre la dépression paternelle et les troubles intérieurs chez l'enfant lorsque la mère est peu ou non dépressive, on peut distinguer une pente négative. Plus le ou les épisodes dépressifs

rapportés par le père ont été intenses, moins l'enfant a de troubles intérieurs. Encore une fois, cette relation n'est toutefois pas linéaire : les scores les plus faibles de troubles intérieurs se retrouvent chez les enfants dont ni la mère, ni le père n'ont souffert de dépression.

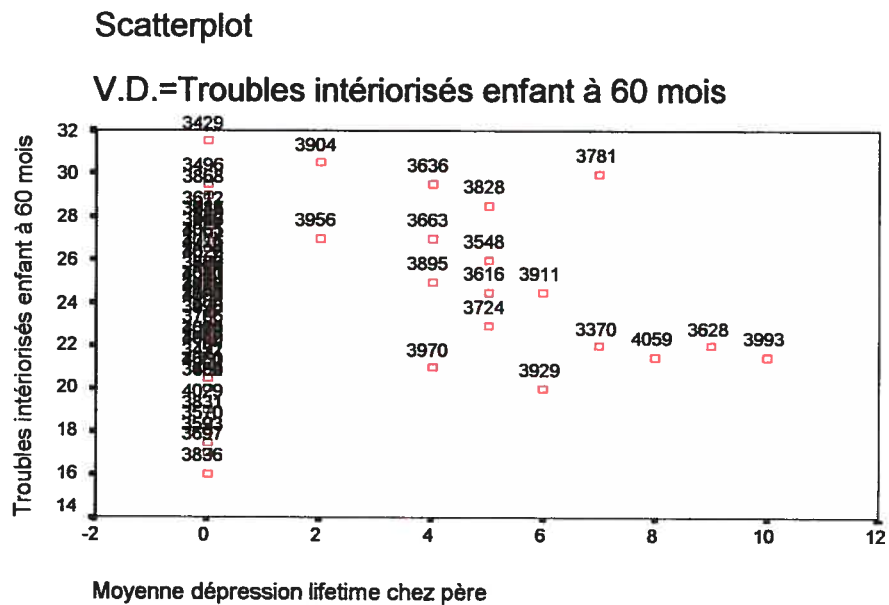


Figure 3 : La relation entre la dépression paternelle et les troubles intérieurs chez l'enfant de 60 mois, lorsque la mère est peu ou non-dépressive.

Compte tenu de l'âge de l'enfant au moment de l'évaluation de la dépression paternelle (30 mois), nous avons vérifié la possibilité que les troubles intérieurs soient plutôt associés à une moins grande stabilité conjugale chez les pères dépressifs par rapport aux pères non dépressifs. Toutefois, presque toutes les familles dont l'information sur la dépression paternelle sont disponibles sont encore intactes lorsque l'enfant a 60 mois (94%, soit 101 familles sur 107 sont toujours intactes). Cette information élimine cette interprétation concernant le lien entre les troubles intérieurs chez l'enfant et la dépression paternelle.

Le rôle médiateur de la qualité de la relation mère-enfant

Afin de tester si la qualité de la relation mère-enfant contribue à expliquer le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant, nous avons mené trois séries d'analyses de régression linéaire multiple avec les deux indicateurs considérés (climat affectif de la dyade et étayage maternel), conformément aux recommandations de Baron et Kenny (1986).

Dans la première série d'analyse, la relation entre la dépression maternelle et l'un des indicateurs de la qualité de la relation mère-enfant est testée. Pour ce faire, les indicateurs de la qualité de la relation mère-enfant (soit le climat affectif, soit l'étayage maternel, ou la combinaison des deux) sont utilisés comme variables dépendantes. Les prédicteurs potentiels sont ensuite entrés en deux blocs : (1) le soutien social (variable de contrôle) et (2) la dépression maternelle. Si cette étape s'avère significative pour l'un ou plusieurs des indicateurs, nous poursuivons l'analyse avec une deuxième régression.

Dans la deuxième série de régression, la relation entre les indicateurs de la qualité de la relation mère-enfant et les troubles intériorisés chez l'enfant est testée. Pour ce faire, les troubles intériorisés deviennent la variable dépendante. Les prédicteurs sont entrés en deux blocs : (1) soutien social (variable contrôle), (2) indicateur de la qualité de la relation mère-enfant qui a démontré un lien significatif avec la dépression maternelle à la première étape. Encore une fois, nous poursuivons les analyses seulement si cette étape s'avère significative pour au moins un indicateur.

La dernière analyse de régression permet de tester si la qualité de la relation mère-enfant joue effectivement un rôle médiateur. Pour ce faire, les variables sont entrées en trois blocs : (1) soutien social, (2) dépression maternelle, et (3) indicateur de la qualité de la

relation mère-enfant retenu lors des deux premières étapes. Dans la mesure où l'inclusion d'un indicateur de la qualité de la relation mère-enfant entraîne une réduction de la contribution de la dépression maternelle, l'hypothèse du rôle médiateur de la qualité de la relation mère-enfant est confirmée.

La première analyse de régression a été menée avec le climat affectif. Les résultats infirment notre hypothèse et démontrent que la dépression maternelle n'est pas reliée au climat affectif de la dyade. La deuxième analyse de régression porte sur l'étayage maternel et démontre des résultats qui abondent dans le sens de l'hypothèse : il y a un lien négatif entre la dépression maternelle et l'étayage maternel ($\beta=-0,150$, $p \leq 0,05$). Plus la mère est déprimée et plus l'étayage maternel est caractérisé par les désengagements ou l'intrusion.

La deuxième analyse infirme toutefois l'hypothèse : l'étayage maternel ne présente pas de lien significatif avec les troubles intériorisés ($\beta=0,008$, $p=0,92$). Dans cet optique, il apparaît clair que ni le climat affectif ni l'étayage maternel ne médiatisent le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant. Ainsi, l'hypothèse du modèle médiateur de la qualité de la relation mère-enfant se trouve infirmée, puisque aucun des deux indicateurs n'a été en mesure de démontrer un lien à la fois avec la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant.

Discussion

Le premier objectif de cette recherche porte sur le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois. Le deuxième objectif concerne la contribution conjointe de la dépression paternelle et maternelle, à la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant. Enfin, le troisième objectif a trait au rôle médiateur de la qualité de la relation mère-enfant, dans le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés. Les résultats concernant chacun de ces trois objectifs sont discutés dans la prochaine section. Les contributions de cette étude ainsi que ses limites sont ensuite soulignées.

La dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant

Les résultats des analyses démontrent clairement que la dépression maternelle contribue à la prédiction des troubles intériorisés chez l'enfant, ce qui est congruent avec la littérature sur le sujet. Toutefois, la force de cette prédiction s'avère plutôt modérée, ce qui suggère que d'autres variables contribuent également à la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant. Lorsque la dépression maternelle est décomposée en deux indicateurs de chronicité et d'intensité de la dépression, les résultats démontrent que seule l'intensité prédit les troubles intériorisés chez l'enfant. Ce résultat diverge de ceux obtenus par Brennan et al. (2000), qui observent une contribution de ces deux dimensions de la dépression maternelle à la prédiction des problèmes d'adaptation sociale chez l'enfant. À cet égard, trois explications peuvent être considérées.

Premièrement, ces auteurs ont utilisé le score total obtenu par l'enfant au CBCL (Achenbach & al., 1987), confondant ensemble les troubles intériorisés et extériorisés en un seul score d'inadaptation. De plus, Brennan et al. (2000) ont examiné la chronicité et

l'intensité de la dépression maternelle à partir d'items formulés de façon plus sévère (p.ex., « *I have been so miserable that I have had difficulty sleeping* », « *the future seems hopeless* »). Enfin, la dépression maternelle n'a pas été mesurée aux mêmes âges : elle était mesurée avant la naissance, peu de temps après, puis lorsque l'enfant avait 6 mois, et enfin lorsqu'il atteignait l'âge de 5 ans. Dans ce contexte, la mesure de chronicité effectuée par Brennan et al. (2000) reflète surtout la période néonatale (de la grossesse jusqu'aux 6 mois de l'enfant, trois mesures sont effectuées), alors que dans cette étude-ci, les mesures concernent très peu cette période puisque parmi les quatre mesures effectuées, une seule l'est en période néonatale (5 mois), les deux autres se situant en période périnatale (17 et 42 mois pour les mesures ponctuelles) ou concernant la vie entière du sujet jusqu'au jour de la mesure (effectuée 30 mois après la naissance). Dans cette optique, il est possible que la période périnatale joue un rôle particulier dans la relation entre la dépression parentale et la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant.

Notons également que l'examen de la composition de notre échantillon a permis de constater que très peu des mères étaient dépressives sans être anxieuses, ce qui peut augmenter la difficulté à distinguer la contribution unique de la dépression (tableau 8). Les deux pathologies sont liées au plan clinique, à cause de la grande comorbidité qui existe entre elles. À cet égard, rappelons que Compas et Oppedisano (2000) suggèrent l'existence d'un trouble anxieux-dépressif chez les enfants et les adolescents, tandis que Kovacs (1996) suggère que si, chez les enfants et les adolescents, la majorité des troubles anxieux précèdent habituellement un épisode dépressif, chez les adultes, la dépression précède souvent le trouble anxieux. Sauf erreur, aucune étude n'a jusqu'à présent étudié directement les liens entre l'anxiété et la dépression maternelle en examinant l'impact sur l'adaptation

sociale de l'enfant. En contrôlant l'anxiété maternelle, notre étude apporte donc une contribution à la recherche sur le sujet.

Nos résultats suggèrent que lorsque le but est de comprendre les mécanismes de transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés, il faut tenir compte de la comorbidité entre l'anxiété et la dépression. À cet égard, certains auteurs suggèrent que les difficultés parentales associées à la dépression ne sont pas spécifiques à celle-ci mais peuvent aussi caractériser les parents aux prises avec d'autres maladies affectives ou d'autres désordres psychopathologiques, dont il est important de tenir compte (Carter & al., 2000; Lovejoy & al., 2000).

Enfin, notons que les résultats démontrent que l'importance relative de l'anxiété maternelle et de la dépression maternelle est sérieusement modifiée par l'inclusion ou non de la dépression paternelle (voir tableau 8). Il semble que la dynamique conjugale joue un rôle non négligeable par rapport à l'impact de la dépression maternelle sur les troubles intériorisés chez l'enfant. D'autres recherches devront être menées sur cette comorbidité entre les deux troubles chez les mères, afin de mieux comprendre l'influence de leur présence conjointe et séparée sur l'adaptation sociale de l'enfant d'âge préscolaire et sur la dynamique conjugale.

La contribution de la dépression paternelle

Notre hypothèse s'avère partiellement confirmée : la dépression paternelle contribue de façon à la fois additive et modératrice à la prédiction de troubles intériorisés chez l'enfant lorsque la mère est dépressive, mais cette contribution est modeste. Bien que conforme aux résultats obtenus par Carro et al. (1993) ainsi qu'au modèle intégrateur de Goodman et Gotlib (1999), qui suggèrent tous deux une interaction entre la dépression

maternelle et paternelle (effet modérateur), on peut s'étonner de la faible amplitude de nos résultats. Il faut noter que dans le cas de Carro et al. (1993), la mesure de dépression du père n'était pas pérennisée, mais bien ponctuelle, mesurée en même temps que celle de la mère, soit à 23.1 semaines de grossesse, puis un mois après la naissance de l'enfant. Cette différence pourrait contribuer à expliquer les différences dans les résultats. Encore une fois, il est possible que la période périnatale joue un rôle particulier dans la relation entre la dépression parentale et la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant.

Par ailleurs, si l'hypothèse de la contribution de la dépression paternelle est supportée, il faut noter que cette contribution se manifeste de façon inattendue. Premièrement, la dépression paternelle contribue à la prédiction seulement lorsque la dépression maternelle est déjà dans le modèle. Ainsi, il semble qu'une histoire de dépression paternelle, considérée seule, n'ait pas d'impact sur la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois.

Un deuxième élément inattendu concerne la direction du lien entre la dépression paternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant : plus le père est dépressif et moins l'enfant a de troubles intériorisés. Rappelons toutefois que la mesure de dépression paternelle est pérennisée, ce qui implique que le père a déjà vécu une dépression dans sa vie, mais pas nécessairement depuis la naissance de l'enfant. Dans cette optique, il est possible que le fait d'avoir déjà vécu une dépression amène le père à être plus sensible, tolérant et supportant envers sa conjointe dépressive. Ainsi, la présence du père ayant déjà vécu une dépression deviendrait un élément protecteur pour l'enfant, en soutenant davantage la mère dépressive et possiblement en suppléant à ces difficultés dans sa relation avec son enfant. Malheureusement, les données disponibles ne nous permettent pas de vérifier cette hypothèse, car les mesures prises auprès du père l'ont été par questionnaire

postal, ce qui a entraîné un nombre élevé d'omissions à certaines questions spécifiques, particulièrement celles concernant les âges où le père a vécu son ou ses épisodes dépressifs. Il faut également souligner que la prudence est de mise devant une telle interprétation, puisque nous avons effectué une seule mesure des troubles intériorisés chez l'enfant et que nous ne tenons pas compte de la manifestation de troubles extériorisés. En effet, il est possible que l'impact de la dépression paternelle concerne davantage les troubles extériorisés chez l'enfant.

Une autre interprétation possible concerne la possibilité d'une instabilité conjugale, affectant la présence ou non du père dépressif auprès de l'enfant. En effet, si le père dépressif avait quitté le domicile conjugal, la pente positive entre la dépression paternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant prendrait un tout autre sens. Toutefois, dans le présent échantillon, la majorité des pères sont toujours présents auprès de leur enfant lorsque celui-ci a 60 mois, ce qui exclut cette possibilité.

L'effet médiateur de la qualité de la relation mère-enfant

Les résultats des analyses sur le climat affectif et l'étayage maternel ne permettent pas d'affirmer qu'il y a un effet médiateur de la qualité de la relation mère-enfant quant au lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant, quelle que soit la dimension considérée dans notre étude.

L'étayage maternel

Parmi les résultats obtenus, il est intéressant de noter qu'un lien négatif est observé entre la dépression de la mère et sa capacité d'étayage lors de la tâche avec son enfant : plus la mère est dépressive et plus son étayage est caractérisé soit par de l'intrusion, soit par du

désengagement. Ce résultat est congruent avec la littérature sur le sujet puisque plusieurs auteurs ont observé l'un ou l'autre de ces profils chez les mères dépressives (Cohn, & al., 1986; Field & al., 1990).

Toutefois, nos résultats n'indiquent pas de lien entre l'étyage maternel et la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant. Peu d'études se sont penchées sur ce sujet, qui en est toujours à un stade exploratoire. Parmi les auteurs qui ont étudié l'influence de la dépression maternelle sur les troubles intériorisés de l'enfant, la plupart démontrent un impact chez les enfants plus jeunes (18 mois, Moore & al., 2001) ou plus vieux (7 ans, Lyons-Ruth & al., 1987). Parmi les études répertoriées ayant étudié l'impact de l'étyage maternel sur les troubles intériorisés de l'enfant, une seule étude a mené ses analyses avec une population d'enfants de 48 mois. Rubin et al. (2001) démontrent que lorsque la mère est intrusive ou exerce un contrôle inapproprié par rapport au comportement de l'enfant, ce dernier présente davantage de comportements de réticence sociale lorsqu'il a 48 mois. Il est donc possible que l'étyage maternel ait un impact sur certaines dimensions des troubles intériorisés chez l'enfant, comme la réticence sociale. Ainsi, nos résultats négatifs pourraient possiblement être expliqués par le fait d'avoir considéré les troubles intériorisés dans leur ensemble plutôt que sous la forme de dimensions séparées, empêchant ainsi de distinguer certains effets.

Le climat affectif

Nos résultats indiquent que le climat affectif de la dyade mère-enfant n'est pas lié avec la dépression maternelle, contrairement à ce qui était attendu, puisque d'autres études ont relevé un impact de la dépression maternelle sur des dimensions affectives de la relation mère-enfant. Toutefois, le contexte d'évaluation de ces études divergent de celui de notre

étude. Par exemple, Cohn et al. (1990) notent que les dyades dont la mère est dépressive démontrent moins d'affects positifs que les dyades non-dépressives, mais cette affectivité est évaluée dans un contexte de jeu libre entre la mère et l'enfant de deux mois. Pour leur part, Radke-Yarrow et al. (1993) démontrent que les mères dépressives partagent davantage d'affects négatifs avec leur enfant âgé entre 1 an et demi et 3 ans et demi. L'évaluation se fait sur la base d'observations des affects verbaux et non-verbaux dans un contexte semi-naturel, et non lors d'une tâche structurée où l'on observe le partenariat en plus des affects partagés de la dyade. De plus, l'évaluation du partage d'affects se fait de façon plus globale dans notre mesure de climat affectif : c'est un reflet de l'ambiance présente durant la tâche entre la mère et l'enfant qui relève d'une part de comportements définis présents dans la dyade, et d'autre part du jugement clinique des observateurs. Notons également qu'il est possible que les mères ne soient pas dépressives, au moment de l'évaluation de la qualité de la relation mère-enfant (à 48 mois). Dans cette optique, il est possible qu'en s'assurant que les mères sont bien dépressives au moment de l'évaluation, et en utilisant une mesure plus microanalytique du climat affectif de la dyade, on puisse mieux discerner le partage d'affects positifs et négatifs d'une dyade dépressive.

Enfin, il est possible que ces deux dimensions de la qualité de la relation mère-enfant médiatisent plutôt la relation entre la dépression maternelle et la manifestation de troubles extériorisés chez les enfants, sachant que plusieurs études ont trouvé des liens plus forts entre la dépression maternelle et les troubles extériorisés chez l'enfant (p.ex., Alpern & Lyons-Ruth, 1993).

Limites et contributions

Globalement, deux de nos trois hypothèses se trouvent confirmées. Les résultats de notre recherche démontrent un lien entre la dépression maternelle et la manifestation de troubles intériorisés chez l'enfant de 60 mois, et permettent également d'observer que la dépression paternelle contribue de façon additive et modératrice à ce modèle. Toutefois, notre troisième hypothèse se trouve infirmée : le climat affectif et l'étayage maternel ne contribue pas à expliquer le lien entre la dépression maternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant.

Notre recherche contribue de plusieurs façons à l'avancement des connaissances sur la transmission de problèmes d'adaptation au sein de la famille. Premièrement, les résultats suggèrent d'étudier davantage l'impact de la dépression maternelle sur les troubles intériorisés chez l'enfant, en étudiant séparément la chronicité et l'intensité de la dépression maternelle pour mieux comprendre leur contribution respective. Toutefois, il apparaît primordial d'évaluer autant les affects dépressifs que les affects anxieux chez les parents, à cause de la forte comorbidité qui existent entre les deux troubles. Les résultats suggèrent également d'examiner davantage les périodes développementales des enfants, car l'âge auquel les concepts sont évalués peut faire varier les résultats.

Également, l'analyse de la contribution de la dépression paternelle à la résilience de l'enfant lorsque la mère est dépressive démontrent la pertinence d'adopter une perspective systémique pour mieux comprendre les liens entre ces variables. Toutefois, il apparaît important de tenir compte de la façon dont est mesurée la dépression chez les parents. En effet, dans notre étude, la dépression du père est pérennisée et ne permet pas de tenir compte de la chronicité, de l'intensité ou même de l'âge auquel le père vit ou a vécu une

dépression. Ces éléments devront être pris en compte lors d'études futures sur le sujet, puisqu'ils permettront de cerner davantage la contribution exacte et unique de la dépression paternelle dans la manifestation de problèmes d'adaptation chez l'enfant, lorsque la mère est dépressive. Si des questions sont soulevées concernant les liens entre la dépression paternelle et les troubles intériorisés chez l'enfant, notre étude démontre toutefois clairement que la dépression paternelle joue un rôle modeste, qui s'ajoute de façon additive et modératrice à la dépression maternelle, pour influencer sur l'adaptation de l'enfant, ce qui se démarque quelque peu des résultats d'autres auteurs (Carro et al., 1993).

Un autre élément important qui affecte la généralisation des résultats de notre étude est la présence d'un biais dans l'échantillon concernant la scolarité et le revenu familial des familles à l'étude. En effet, les familles ayant un revenu économique annuel de 60 000 \$ ou plus et ayant complété des études post-secondaires autres qu'universitaires (voir tableau 1) sont légèrement sur-représentées dans notre échantillon.

Finalement, à l'instar de Cicchetti et Toth (1998) et de Goodman et Gotlib (2001), notre étude permet de souligner l'importance d'étudier la dépression parentale et ses effets sur les enfants dans une perspective intégrative, c'est à dire en tenant compte des multiples facteurs qui peuvent influencer la transmission intergénérationnelle des problèmes d'adaptation. Suivant les principales études sur le sujet, notre étude visait à étudier les liens entre la dépression maternelle et la manifestation des troubles intériorisés chez l'enfant, en contribuant à mettre en lumière la contribution de la dépression paternelle ainsi que le rôle médiateur de la qualité de la relation mère-enfant. D'autres recherches devront poursuivre l'étude de ces liens, puisqu'en les comprenant mieux, nous serons plus à même de suggérer des pistes d'intervention auprès des familles aux prises avec la dépression.

Références

- Achenbach, T.M., Edelbrock, C., & Howell, C.T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2 and 3 years-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *15*, 629-650.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e édition). Washington : Author.
- Alpern, L. & Lyons-Ruth, K. (1993). Preschool children at social risk : Chronicity and timing of maternal depressive symptoms and child behavior problems at school and at home. *Development and Psychopathology*, *5*, 371-387.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Bates, J.E., Bennett Freeland, C.A., & Lounsbury, M.L. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child Development*, *50*, 794-803.
- Bates, J.E., Bennett Freeland, C.A., & Lounsbury, M.L. (1980). Measurement of infant difficultness. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*, 248-264.
- Beck, C.T. (1996). A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nursing Research*, *45*, 225-230.
- Bowen, F., Vitaro, F., Kerr, M., & Pelletier, D. (1995). Childhood internalizing problems : prediction from kindergarten, effect of maternal overprotectiveness, and sex differences. *Development and Psychopathology*, *7*, 481-498.

- Brennan, P.A., Andersen, M.J., Hammen, C. & Bor, W. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms : Relationships with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36, 759-766.
- Chabrol, H., Bron, N., & Le Camus, J. (1996). Mother-infant and father-infant interactions in postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 19, 149-152.
- Calkins, S. D. (2002). Does aversive behavior during toddlerhood matter? The effects of difficult temperament on maternal perception and behavior. *Infant Mental Health Journal*, 23, 381-402.
- Carro, M.G., Grant, K.E., Gotlib, I.H., & Compas, B.E. (1993). Postpartum depression and child development : An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 567-579.
- Caron, L., & Parent, S. (1999). Manuel de codification pour la qualité globale de la relation mère-enfant. Document inédit. Montréal : Université de Montréal.
- Carter, A.S., Garrity-Rokous, E., Chazan-Cohen, R., Little, C., & Briggs-Gowan, M.J. (2001). Maternal depression and comorbidity : Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 18-26.
- Cassidy, B., Zoccolillo, M., & Hugues, S. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions : A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 379-384.
- Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.

- Clark, L.A., Kochanska, G., & Ready, R. (2000). Mothers' personality and its interaction with child temperament as predictors of parenting behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 274-285.
- Cohn, J.K., Matias, R., Tronick, E.Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In E.Z. Tronick & T. Field (Éds.), *Maternal depression and infant disturbance* (pp. 31-45). San Francisco : Jossey-Bass.
- Collins, W.A, Maccoby, E.E., Steinberg, L., Hetherington, E.M., & Bornstein, M.H., (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55, 218-232.
- Compas, B.E. (1997). Depression in children and adolescents. In E.J. Mash & L.G. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (pp.197-229). NewYork : Guilford Press.
- Compas, B.E. & Oppedisano, G. (2000). Mixed anxiety/depression in childhood and adolescence. In A.J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (Eds.). *Handbook of developmental psychopathology*, (pp.531-548). New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Coyl, D.D., Roggman, L.A., & Newland, L.A. (2002). Stress, maternal depression, and negative mother-infant interactions in relation to infant attachment. *Infant Mental Health*, 23, 145-163.
- Emery, J. (2001). Les effets de la dépression maternelle sur la relation mère-enfant au cours des trois premières années de vie : état de la recherche actuelle et analyse critique. *Psychologie Canadienne*, 42, (3). 153-169.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.

- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology, 26*, 7-14.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E.A., & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show “depressed” behavior even with nondepressed adults. *Child Development, 59*, 1569-1579.
- Frankel, K.A. & Harmon, R.J. (1996). Depressed mothers : They don't always look as bad as they feel. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry, 35*, 289-298.
- Garber, J. (2000). Development and depression. In A.J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (Eds.). *Handbook of developmental psychopathology*, (pp.467-490). New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Goodman, S.H. & Gotlib, I.H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*, 458-490.
- Hammen, C. & Compas, B.E. (1994). Unmasking unmasked depression in children and adolescent : The problem of comorbidity. *Clinical Psychology Review, 14*, 585-603.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J., Valle, C., & Pickens, J. (1994). Infants of depressed mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal, 15*, 348-357.
- Institut de la statistique du Québec (2000). Sources et justification des questions, échelles, formulaires et tests. *Aspects conceptuels et opérationnels*. Consulté en octobre 2002, à partir du site http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/bebe_n12-2.pdf.

- Jacobson, S.W. & Frye, K.F. (1991). Effect of maternal social support on attachment: Experimental evidence. *Child Development*, 62, 572-582.
- Korn, S.J. & Gannon, S. (1983). Temperament, cultural variation and behavior disorder in preschool children. *Child Psychiatry and Human Development*, 13, 203-212.
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 705-298.
- Leahey, M.G. (2000). Différences entre les pères et les mères dans le type de relation affective entretenue avec leur fille ou leur fils. Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal.
- Lonigan, C.J. & Phillips, B.M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety*, (pp.27-42). New York : Oxford University Press.
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M.A., & Davidson, C.C. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms : predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental psychology*, 33, 681-692.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents.
Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Dir.). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome 1 : les problèmes internalisés* (pp. 223-270). Sainte-Foy : Presse de l'université du Québec.
- Moore, F.A., Cohn, J.F., & Campbell, S.B. (2001). Infant affective responses to mother's still face at 6 months differentially predict externalizing and internalizing behaviors at 18 months. *Developmental Psychology*, 37, 706-714.

- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., & Turner, P. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (8), 1259-1271.
- Oppenheim, D., Ayelet, N., Emde, R.N., & Warren, S. (1997). Emotion regulation in mother-child narrative co-construction : associations with children's narratives and adaptation. *Developmental Psychology*, 33, 284-294.
- Parent, S. & Moss, E. (1994). Différences interindividuelles dans l'étayage maternel des habiletés métacognitives. *Archives de Psychologie*, 62, 223-246.
- Parent, S. & Moss, E. (1995). L'influence de l'attachement mère-enfant et des habiletés verbales de l'enfant d'âge préscolaire sur l'étayage maternel dans une tâche de planification simple. *Enfance*, 3, 317-335.
- Parent, S., Paquette, D., Bigras, M. Zoccolillo, M., & Normandeau, S. (juillet, 2000). Predicting the early emergence of internalizing problems : A prospective longitudinal study. In P. Fonagy (président). *Research and development on attachment*. Septième Congrès de la World Association for Infant Mental Health, Montréal.
- Parent, S., & Saucier, J.-F. (1999). La théorie de l'attachement. In E. Habimana, L.S. Éthier, D.J. Petot, & M. Tousignant (Éds.). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : une approche intégrative* (pp. 33-44). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Petterson, S.M. & Burke Albers, A. (2001). Effects of poverty and maternal depression on early child development. *Child Development*, 72, 1794-1813.
- Radke-Yarrow, M., Nottelman, E., Belmont, B., & Welsh D. J. (1993). Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *Journal of abnormal Child Psychology*, 21, 683-695.

- Radloff, L. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.
- Rothbart, M.K., Evans, D.E., & Ahadi, S.A. (2000). Temperament and personality: Origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 122-135.
- Rubin, K.H., Stewart, S.L., & Chen, X. (1995). Parents of aggressive and withdrawn children. In M.H. Bornstein (Eds.). *Handbook of parenting, volume 1 : Children and parenting* (pp. 255-284). Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rubin, K.H., Cheah, S.C.L., & Fox, N. (2001). Emotion regulation, parenting and display of social reticence in preschoolers. *Early Education & Development, 12*, 97-115.
- Santé Québec (1997) Enquête auprès des bébés de 5 mois. Dans M., Jetté, H., Desrosiers, & R.E., Tremblay, (Dir.), *Rapport préliminaire de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDÉQ)*, Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Séguin, J.R., Freeston, M.H., Tarabulsy, G., Zoccolillo, M., Tremblay, R.E., & Carbonneau, R. (2003). Développement des comportements anxieux au préscolaire : De nouvelles mesures et influences familiales. Communication lors de la rencontre annuelle du Réseau Santé Mentale FRSQ, Université de Montréal, 2 juin.
- Seifer, R., Schiller, M., Sameroff, A.J., Resnick, S., & Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology, 32*, 12-25.
- Stevens, J. (1996). Multiple regression. In J. Stevens (Ed.). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (pp. 64-150). Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates.

- Shaw, D.S., Keenan, K., Vondra, J.I., Delliquadri, E., & Giovannelli, J. (1997). Antecedents of preschool children's internalizing problems : A longitudinal study of low-income families. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1760-1767.
- Teti, D.M., Gelfand, D.M., Messinger, D.S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment : An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Turgeon, L. & Brousseau, L. (2000). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Dir.). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, tome 1 : les problèmes internalisés* (pp. 189-220). Sainte-Foy : Presse de l'université du Québec.
- Wickramaratne, P.J. & Weissman, M.M. (1998). Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (9), 933-942.
- Whiffen, V., & Gotlib, I. (1989). Infants of postpartum depressed mothers : Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 3, 274-279.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., & Slattery, M.J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence : Prospect, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466.

Annexe 1 : Dépression parentale pérennisée

Les questions suivantes concernent votre bien-être au cours de votre vie.

61- Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé de vous sentir *triste* ou *déprimé* la plupart du temps pendant une période de *deux semaines* ou plus?

Oui	1
Non	2 ⇨(passez `a Q.69)

62-Combien de périodes de dépression ayant *duré au moins deux semaines* avez-vous connues?
Nombre _____

63- Quel âge aviez-vous quand pour la *première* fois vous vous êtes senti (e) déprimé pour une période de deux semaines ou plus?

Age _____ (Si une seule période,
passez à Q.65)

64- Quel âge aviez-vous quand la dernière fois vous vous êtes senti (e) déprimé pour une période de deux semaines ou plus?

Age _____

65-Au cours de votre pire période de dépression (ou votre seule période de dépression), avez-vous remarqué...

	Oui	Non
a) un changement d'appétit, une perte ou un gain de poids	1	2
b) des troubles du sommeil (difficulté à vous endormir, à rester endormi, vous réveiller trop tôt ou trop dormir)	1	2
c) de la fatigue, de l'épuisement ou un manque d'énergie	1	2
d) un manque d'estime de soi, d'être sans valeur, coupable ou en faute	1	2
e) une perte d'intérêt	1	2
f) une difficulté à vous concentrer	1	2
g) le désir de mourir ou des pensées suicidaires	1	2
h) Une tentative de suicide	1	2

66- Avez-vous déjà consulté un médecin, un psychiatre, un psychologue ou un autre professionnel parce que vous vous sentiez déprimé?

Oui	1
Non	2

67- Est-ce que le fait de vous sentir déprimé nuisait à votre travail, à vos études, aux soins des enfants ou à vos relations avec les autres?

Oui	1
Non	2

68- *Depuis la naissance* de votre enfant/jumeau, il y a environ (temps écoulé entre la naissance et la passation du questionnaire), avez-vous connu une période de dépression qui a duré deux semaines ou plus?

Oui	1
Non	2

Annexe 2 : La dépression parentale, en mesure ponctuelle

Combien de fois vous êtes-vous senti ou comporté de cette façon au cours de la dernière semaine :

- 1 : Rarement ou jamais (moins d'un jour)
- 2 : Parfois ou une toute petite partie du temps (1 à 2 jours)
- 3 : Occasionnellement ou une partie modérée du temps (3 à 4 jours)
- 4 : La plupart du temps ou tout le temps (5 à 7 jours)
- 2 : Ne sait pas
- 1 : Refus de répondre à la section
- 3 : Refus de répondre à la question

(Ces items sont présents lors des cueillettes de données à 5 et 17 mois).

- a) J'ai eu le sentiment de ne pas pouvoir me débarrasser du cafard, même avec l'aide de ma famille ou de mes ami (e) s.
- b) Je me suis senti (e) déprimé (e).
- c) J'ai eu le sentiment que tout ce que je faisais me demandait un effort.
- d) J'ai été heureux (se).
- e) Je me suis senti (e) seul (e).
- f) J'ai joui de la vie.
- g) Je n'ai pas envie de manger, j'avais peu d'appétit.
- h) J'ai eu de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.
- i) J'ai été plein d'espoir face à l'avenir.
- j) Mon sommeil a été agité.
- k) J'ai pleuré.
- l) J'ai eu le sentiment que les gens ne m'aimaient pas.

À 30 mois, le parent répond oui ou non à la liste des symptômes de la dépression présentée à la question 65 du questionnaire sur la dépression pérennisée. Ces items correspondent à ceux ci-dessus, les notions de durée des symptômes et de capacité à fonctionner (travail, études et consultation professionnelle) en moins.

À 42 et 60 mois, le parent répond aux items a, b,c,d,e et f.

Annexe 3 : BEH concernant les troubles intériorisés chez l'enfant

Tableau 3 ITEMS du BEH pour les comportements intériorisés de l'enfant de 60 mois

Échelle	Items
Troubles émotifs	Semble malheureux, triste, déprimé. Pas aussi heureux que les autres Difficulté à s'amuser
Anxiété	Trop craintif/angoissé Est inquiet Pleure beaucoup Nerveux ou très tendu
Anxiété de séparation	S'accroche aux adultes Veut pas dormir seul Réagit mal lorsqu'éloigné des parents
Timidité	Timide en présence d'enfants qu'il ne connaît pas Approche facilement enfants... Prend beaucoup de temps à s'habituer à l'enfant
Retrait social	Fait des choses seul-solitaire Préfère jouer seul plutôt qu'avec d'autres enfants Recherche la compagnie des autres enfants

Le répondant doit inscrire la manière dont a agi ou s'est senti l'enfant au cours des 12 derniers mois précédant l'évaluation, selon les choix de réponses suivant :

1. ➤ Jamais ou pas vrai
2. ➤ Quelques fois ou un peu vrai
3. ➤ Souvent ou très vrai

Annexe 4 : Qualité de la relation mère-enfant

Grille de codification de la qualité de la relation

Instructions

Qualité de l'orientation : intrusion/désengagement ou autonomie

(1) Orientation inadéquate : Intrusion et contrôle constants ou Non implication parentale: Le parent ne laisse pas assez d'opportunités à l'enfant de contribuer à la tâche; il organise toute l'activité de l'enfant ou le fait à sa place. Le parent contrôle constamment l'enfant. OU Le parent n'est pas impliqué dans la tâche, le support qu'il apporte à l'enfant est minime. Il semble ailleurs, peu attentif à la tâche. Dans l'ensemble, la tâche n'est pas une bonne opportunité d'apprentissage pour l'enfant.

(2) Orientation précaire : Minimum d'autonomie, beaucoup de contrôle ou au contraire, manque de contrôle de la part du parent : Le parent fournit un minimum d'opportunités à l'enfant de contribuer à la tâche, tout en continuant d'en contrôler la majeure partie. Ou, au contraire, le parent laisse trop d'opportunité à l'enfant de contribuer à la tâche, ou le guide parfois, mais en utilisant des directives trop vagues, générales, beaucoup trop globales. Le défi de la situation ne demeure donc pas assez grand pour l'enfant, ou est trop grand à cause du manque de support parental. On peut aussi observer beaucoup d'interruptions de la part du parent (trop contrôlant), ou encore de l'enfant, qui effectue des demandes d'aides à un parent qui ne contrôle pas assez.

(3) Orientation plus ou moins adéquate : Autant d'insuffisance de contrôle que de contrôle approprié : Le parent fournit quelques opportunités à l'enfant de contribuer à la tâche, mais on a l'impression que l'enfant n'a pas contribué autant qu'il aurait pu le faire si son parent lui avait laissé plus de place. Ou au contraire, pendant au moins la moitié de la tâche, le parent ne fournit pas assez de support à l'enfant, alors qu'on sent nettement que l'enfant en aurait nécessité plus. Dans ce cas, étant donné que le défi de la tâche demeure en partie trop grand pour l'enfant, celui-ci peut alors sembler désintéressé ou paraissant avoir perdu sa motivation.

(4) Orientation adéquate, parfois plus ou moins appropriée : Il peut y avoir des épisodes de contrôle insuffisant de la part du parent : Étant donné le niveau de développement et les habiletés de l'enfant, dans l'ensemble, il y a un équilibre approprié entre l'apport du parent et de l'enfant dans la tâche. Généralement, le parent est sensible aux indices de l'enfant et au degré d'orientation dont il a besoin. Mais il peut arriver qu'à quelques reprises pendant l'activité, on observe que le parent ne fournit pas assez de support à l'enfant, alors que celui-ci en aurait nécessité plus. Le défi de certaines opérations demeure ainsi parfois trop grand pour l'enfant. Certaines opérations sont alors trop difficiles à accomplir pour lui, et on perçoit à quelques moments qu'il se décourage ou se désintéresse de la tâche.

(5) Orientation optimale : Équilibre constant entre l'autonomie et le contrôle: Il y a un équilibre constant et excellent (étant donné le niveau de développement et les habiletés de l'enfant) entre l'apport du parent et de l'enfant dans la tâche. Le parent est hautement sensible aux indices de son enfant et au degré d'orientation dont il a besoin. On observe qu'il s'ajuste pendant la tâche aux prises d'initiatives de son enfant. Il est possible d'observer des interactions laissant place à de la négociation entre les partenaires.

Climat affectif

(9) Forts partenariat et coopération: La mère et l'enfant semblent partager l'expérience de la tâche, tout en appréciant la présence de l'autre. Leur dialogue est continu : ils discutent sur les mêmes sujets en même temps et semblent avoir une conversation plaisante. Ils semblent travailler ensemble et prendre plaisir à faire la tâche. On peut observer de l'harmonie, du plaisir, de la joie, et une habileté à travailler ensemble. L'enfant est compétent et la mère est capable de le comprendre.

(7) Partenariat et coopération: Il semble que la mère et l'enfant partagent l'expérience de la tâche et qu'ils se comprennent l'un l'autre. Il n'y a qu'une fois ou deux où ils ne semblent pas coopérer mais le contexte général en est un de coopération et de solidarité. C'est-à-dire qu'il peut parfois arriver qu'un des partenaires dévie du thème principal dont il parle, mais que l'autre l'y ramène.

OU il peut s'agir d'une situation où un des partenaires est plutôt passif, ou qu'un des deux effectue une opération sans la contribution de l'autre. L'autre écoute tout de même et demeure impliqué dans l'activité.

(5) Faibles partenariat et coopération: Il y a quelques minutes durant la tâche où il n'y a pas de coopération mais ceci se passe dans un contexte général de solidarité. Le partage de l'expérience de la tâche n'est pas constant. De temps en temps, il y a des moments de travail partagé et de compréhension mutuelle, mais il y a aussi des moments où il n'y a pas de partage, ni de travail, ni d'attention. En gros, ils font tout de même la tâche ensemble.

(3) Très faibles partenariat et coopération: Il y a quelques moments où parent et enfant sont conjointement centrés sur la tâche mais il n'y a pratiquement pas de coopération. L'enfant peut, par exemple, montrer peu d'intérêt à l'égard de sa mère et cette dernière peut constamment essayer d'exclure l'enfant de la tâche, sans nécessairement réussir. La situation peut aussi être inverse : l'enfant peut essayer de maintenir sa mère impliquée mais sans succès. Il y a peu de constance dans leur coopération, ou il y a des disputes constantes (n'incluant pas les négociations), ils essaient tous deux de résoudre la tâche mais en s'attaquant à des opérations différentes, sans coopérer.

(1) Manque de coopération, de partenariat et d'attention: L'enfant n'est pas intéressé à coopérer avec son parent ou il ne semble pas comprendre ses buts. Il lui résiste et ne coopère qu'après l'utilisation de mesures extrêmes. Cette situation se présente à quelques reprises. Les affects et les émotions qui surgissent sont négatifs, hostiles, déplaisants ou détachés. Il semble ne pas y avoir de connexion entre le parent et l'enfant. Il y a une atmosphère d'hostilité et de mésestime ou d'aliénation. OU le parent ne montre aucun intérêt envers son enfant. Son attention n'est pas centrée sur la tâche et il est coupé de tout ce qui peut se passer dans la pièce et ici aussi, les affects et les émotions qui surgissent sont négatifs, hostiles, déplaisants ou détachés. Il semble ne pas y avoir de connexion entre le parent et l'enfant. Il y a une atmosphère d'hostilité et de mésestime ou d'aliénation.

Annexe 5 : Anxiété parentale

Les questions suivantes portent sur certaines expériences que l'on peut éprouver.

Échelle de référence :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais		Rarement		Parfois		Souvent		Constamment	

- 1 Vous arrive-t-il d'avoir très peur et d'éviter certains endroits (p. ex. ascenseurs, avions, hauteurs, eau), animaux (p. ex. chiens, insectes, araignées) ou situations impliquant du sang ou des interventions médicales ou dentaires?
- 2 Vous arrive-t-il d'être très anxieux dans certaines situations sociales et de les éviter parce que vous avez peur de faire une gaffe ou d'être jugé par d'autres personnes? Ces situations peuvent impliquer le fait de commencer ou de continuer une conversation, manger ou écrire en public, parler devant un groupe, etc.
- 3 Vous arrive-t-il de ressentir une montée soudaine et imprévisible de craintes ou de malaises intenses? La montée peut être caractérisée par des palpitations, le souffle coupé, une douleur thoracique, étourdissements, la peur de mourir, etc.
- 4 Vous arrive-t-il d'éviter certaines situations par peur de ne pas être capable de sortir ou de ne pas obtenir de l'aide si vous ressentez des symptômes comme la diarrhée, des vomissements, des étourdissements ou une attaque de panique?
- 6 Vous arrive-t-il de ressentir des tensions musculaires, d'être agité ou de vous sentir fébrile lorsque vous êtes inquiet?
- 5 Vous arrive-t-il de vous inquiéter de façon excessive ou exagérée au point où il devient difficile de contrôler vos inquiétudes?
- 7 Vous arrive-t-il d'être dérangé par des pensées, des images ou des impulsions qui reviennent sans cesse et qui peuvent vous sembler inappropriées, bizarres ou absurdes, mais contre lesquelles vous ne pouvez rien?
- 8 Vous arrive-t-il de vous sentir obligé de répéter le même comportement (p. ex. laver, vérifier, ordonner, ranger, etc.) ou la même idée maintes et maintes fois afin de contrôler une pensée, prévenir un malheur, soulager un sentiment de malaise?
- 9 Votre vie quotidienne est-elle affectée par des souvenirs, des rêves ou d'autres signes de détresse par rapport à un événement que vous avez vécu ou dont vous avez été témoin et qui était traumatisant ou mettait votre vie ou celle d'autres personnes en danger?
- 10 À quel point une ou l'autre des manifestations décrites ci-dessus vous empêche-t-elle de bien fonctionner dans une ou plusieurs parties de votre vie, c'est à dire votre travail, vos activités sociales, votre famille, etc.?

Annexe 6 : Troubles de comportements parentaux

Les questions suivantes concernent certains gestes et/ou comportements que vous pouvez avoir posé.

Échelle de référence :

1-Oui 2-Non 3-Je ne sais pas 4-Refus de répondre

- 1 Avant la fin de vos études secondaires, avez-vous piqué ou volé plus d'une fois dans les magasins, à d'autres enfants, à vos parents ou à quelqu'un d'autres?
- 2 Avant la fin de vos études secondaires, avez-vous été impliqué plus d'une fois dans une bataille que vous aviez commencé?
- 3 Avant la fin de vos études secondaires, avez-vous déjà été impliqués avec la DPJ (Direction de la Protection de la Jeunesse) ou impliqué avec la police, ou avez-vous été arrêté par la police à cause de votre mauvaise conduite?
- 4 Avant la fin de vos études secondaires, avez-vous déjà été renvoyé ou suspendu de l'école?
- 5 Avant la fin de vos études secondaires, avez-vous déjà été congédié par plus d'un employeur?
- 6 Après avoir quitté l'école ou fini vos études, avez-vous déjà été congédié de votre travail (ne pas compter les mises à pied à cause d'un manque de travail)?
- 7 Après avoir quitté l'école ou fini vos études, avez-vous déjà été arrêté pour des infraction autres que celles reliées au code de la route?
- 8 Après avoir quitté l'école ou fini vos études, avez-vous été impliqué dans une bagarre, ou avez-vous attaqué ou blessé quelqu'un?

Annexe 7 : Soutien social de la mère

Les énoncés suivants portent sur vos relations avec les autres et le soutien qu'ils vous apportent. Veuillez me dire si vous êtes entièrement en désaccord, en désaccord, d'accord ou entièrement d'accord avec chacun de ces énoncés.

Je n'ai personne avec qui parler.

ENTIÈREMENT EN DÉSAACCORD.....	1
EN DÉSAACCORD.....	2
D'ACCORD.....	3
ENTIÈREMENT D'ACCORD.....	4
NE SAIT PAS.....	-2
REFUS.....	-1

Je ne me sens proche d'aucune personne.

ENTIÈREMENT EN DÉSAACCORD.....	1
EN DÉSAACCORD.....	2
D'ACCORD.....	3
ENTIÈREMENT D'ACCORD.....	4
NE SAIT PAS.....	-2
REFUS.....	-1

Si ça allait mal, personne ne m'aiderait.

ENTIÈREMENT EN DÉSAACCORD.....	1
EN DÉSAACCORD.....	2
D'ACCORD.....	3
ENTIÈREMENT D'ACCORD.....	4
NE SAIT PAS.....	-2
REFUS.....	-1