

L'ORIENTATION MENTALE MATERNELLE, LE STRESS PARENTAL ET LA COPARENTALITÉ CHEZ DES MÈRES D'ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE CONSULTANT EN PÉDOPSYCHIATRIE ET CHEZ DES MÈRES D'ENFANTS TOUT-VENANT

MATERNAL MIND-MINDEDNESS, PARENTING STRESS AND CO-PARENTING IN MOTHERS OF PRESCHOOL CHILDREN CONSULTING CHILD PSYCHIATRY AND IN MOTHERS FROM THE GENERAL POPULATION

Houvenaghel, I. (B. Sc.)¹, Achim, J. (Ph. D.)^{1, 2, 3, 4}, Lebel, A. (M. D.)^{2, 3}, Terradas, M. M. (Ph. D.)^{1, 5}, La Buissonnière-Ariza, V. (Ph. D.)⁶
& Dubois-Comtois, K. (Ph. D.)^{2, 3, 6}

¹ Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 150, place Charles-Le Moyne, bureau 200, Longueuil, Québec, J4K 0A8; téléphone : 450 463-1835, poste 61612; télécopieur : 450 463-6584

² Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal, Pavillon Roger-Gaudry, 2900, boul. Édouard-Montpetit, Montréal, Québec, H3T 1J4; téléphone : 514 343-7755

³ Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal, 5400, boul. Gouin Ouest, local K-3000, Montréal, Québec, H4J 1C5; téléphone : 514 338-2222

⁴ Centre de recherche Charles-Le Moyne, 150, place Charles-Le Moyne, bureau 200, Longueuil, Québec, J4K 0A8; téléphone : 450 466-5000

⁵ Institut universitaire Jeunes en difficulté, Centre intégré de santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal, 1001, boul. de Maisonneuve Est, Montréal, Québec, H2L 4P9; téléphone : 514 896-3550; télécopieur : 514 896-3401

⁶ Département de psychologie, Université du Québec à Trois Rivières, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec, G8Z 4M3; téléphone : 819 376-5011, poste 3518

La correspondance pour cet article doit être adressée à Karine Dubois-Comtois, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, Trois-Rivières, Québec, Canada, G8Z 4M3.

Courriel: karine.dubois-comtois@uqtr.ca

Remerciements

La recherche a été produite grâce à des fonds de recherche provenant de la Fondation de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal et de la Fondation Daoussis, ainsi que des Fonds de recherche en santé du Québec octroyés à la première auteure.

Cette recherche a été rendue possible grâce à des Les auteurs tiennent à remercier les professionnels et les pédopsychiatres de la clinique spécialisée 0-5 ans de l'Hôpital en santé mentale Albert- Prévost qui nous ont soutenus dans la réalisation de cette recherche. Nous remercions également chaleureusement l'ensemble des assistants de recherche qui ont été des plus dévoués à la réalisation de la recherche. Enfin, nos remerciements vont à l'ensemble des familles qui ont généreusement accepté de participer à la recherche.

Résumé

Introduction: L'orientation mentale maternelle représente la capacité des mères à comprendre les états mentaux de leur enfant et leur refléter adéquatement. Elle favorise le développement socioaffectif des enfants. Cette habileté peut varier selon des caractéristiques propres à l'enfant ou au contexte familial. **Objectif :** L'étude examine les liens entre l'orientation mentale maternelle, le stress parental et la coparentalité chez des mères d'enfants d'âge préscolaire. **Méthode :** Soixante-quatre mères ont participé à l'étude (39 mères d'enfants consultant en pédopsychiatrie et 25 tout-venant). L'orientation mentale maternelle a été codifiée à partir d'une interaction mère-enfant. Le stress parental et la coparentalité ont été mesurés par questionnaires. **Résultats :** Les mères qui formulent plus de commentaires non pertinents vivent plus de stress parental. Plus les mères vivent de stress parental, plus elles sont insatisfaites de leur coparentalité. Les mères du groupe clinique émettent plus de commentaires non pertinents, moins de commentaires sur les processus mentaux et vivent plus de stress parental que les mères d'enfants tout-venant. Plus les interactions mère-enfant sont perçues comme dysfonctionnelles par les mères d'enfants tout-venant, plus elles formulent de commentaires sur leurs processus mentaux. Aucune différence significative entre les groupes n'est ressortie quant à la coparentalité. Aucun lien n'a été observé entre la coparentalité et les commentaires mentaux maternels. **Conclusion :** Ces résultats contribuent à l'avancement des connaissances concernant les mères consultant en pédopsychiatrie pour leur enfant, population dont les fragilités au niveau de l'orientation mentale maternelle et du stress parental sont associées au développement de difficultés chez l'enfant et au sein de la relation parent-enfant.

Mots clés : orientation mentale maternelle, stress parental, coparentalité, pédopsychiatrie, relation mère-enfant

Abstract

Introduction: Maternal mind-mindedness represents the ability of mothers to understand their children's mental states and reflect on them appropriately. It promotes children's social and emotional development. This ability may vary according to the child's characteristics or the family environment. **Objectives:** The aim of this study is to examine the links between maternal mind mindedness, parenting stress and coparenting in mothers of preschool children. **Method:** Sixty-four mothers took part in the study (39 from a child psychiatry clinic and 25 from the general population). Maternal mind-mindedness was coded from mother-child interactions while parenting stress and coparenting were measured by questionnaires. **Results:** The results show that mothers who make more irrelevant comments experience more parenting stress. The more stressed mothers were, the more dissatisfied they were with their coparenting relationship. Mothers from the clinical group made more irrelevant comments, fewer comments on mental processes and experienced more parenting stress than the mothers of children from the general population. Also, the more mothers from the general population perceive mother-child interactions as dysfunctional, the more they make comments about mental processes. There were no significant differences between groups in terms of coparenting. No relationship was found between maternal mental comments and coparenting. **Conclusion:** These results contribute to a greater knowledge about mothers consulting in psychiatry for their child, a population whose weaknesses in maternal mind-mindedness and parental stress are associated with the development of difficulties in the child and in the parent-child relationship.

Keywords: maternal mind-mindedness, parental stress, coparenting, mother child relationship

1. Introduction

Les premières années de la vie constituent une période sensible du développement où des changements substantiels s'opèrent sur les plans neurocognitif et socioémotionnel, lesquels auront un impact important sur la santé mentale et l'adaptation ultérieure de l'individu (Troller-Renfree et Fox, 2017). Cette sensibilité développementale est à la fois susceptible de fragiliser des enfants à risque de développer des problèmes de santé mentale, mais elle constitue également une fenêtre privilégiée pour intervenir (ou prévenir ces difficultés) auprès des clientèles à risque. Pour se développer adéquatement, les jeunes enfants ont besoin de parents aimants, sensibles à leurs besoins, capables de leur refléter leurs états internes et d'exercer le rôle de contenant affectif (Berger, 2017; Winnicott, 1966, 1971). Ces fonctions sont sous-tendues par l'habileté du parent à percevoir et comprendre ce que l'enfant pense et ressent (Meins, 2013; Urfer et al., 2014; Yatziv, Kessler et al., 2018; Zeegers et al., 2017). Or, cette habileté et la façon dont les parents interagissent avec leurs enfants sont associées non seulement aux ressources psychologiques des parents, mais aussi à certains facteurs liés à l'environnement familial tels que le stress parental et la perception du parent quant à la relation de coparentalité qu'il entretient avec l'autre parent (McMahon & Meins, 2012; Peltz et al., 2018). Par ailleurs, les parents d'enfants souffrant de psychopathologie sont plus susceptibles de vivre du stress parental, de présenter davantage de difficultés sur le plan de la coparentalité que les parents d'enfants tout-venant (Institut de la statistique du Québec, 2019; Larkin et al., 2020). Dans une enquête populationnelle de l'Institut de la statistique du Québec (2016), 47 % des mères d'enfants âgés de 0 à 5 ans et présentant un trouble psychologique ont dit ressentir du stress et 23 % ne pas s'entendre avec leur conjoint sur l'éducation des enfants, à la différence des mères d'enfants qui ne souffrent pas de troubles psychologiques dont les prévalences de stress et d'insatisfaction quant à la coparentalité sont plus

faibles (respectivement 17 % et 17 %; Lavoie, 2017). C'est donc dire que les mères d'enfants atteints de psychopathologie sont particulièrement éprouvées sur le plan du stress et de la coparentalité. En comparaison aux mères d'enfants tout-venant, celles ayant un enfant atteint de psychopathologie manifestent également une plus faible capacité à identifier les états mentaux (p. ex., ses émotions, pensées, désirs, processus cognitifs) de leur enfant (Larkin et al., 2020). Les résultats obtenus par Colonessi et al. (2019) dans le cadre d'une étude longitudinale suggèrent également qu'une faible OM maternelle et paternelle prédit la présence de problèmes de comportement extériorisés chez l'enfant ainsi que de faibles compétences sociales à 12 et à 30 mois, suggérant donc qu'une faible OM parentale représente un facteur de risque pour le développement de problèmes extériorisés et de faibles compétences sociales chez l'enfant. Malgré cela, à ce jour, peu de travaux se sont intéressés d'une part, à la façon dont les mères de jeunes enfants consultant en pédopsychiatrie perçoivent les pensées et les émotions de leurs enfants et interagissent avec eux, d'autre part, aux liens pouvant exister entre cette capacité, le stress parental qu'elles éprouvent et la qualité de la relation de coparentalité qu'elles entretiennent avec l'autre parent. La présente étude a donc pour but d'évaluer les liens possibles entre la capacité parentale à identifier adéquatement les états mentaux de leur enfant et à leur refléter, le stress parental et la coparentalité chez des mères d'enfants âgés de 2 à 6 ans consultant en pédopsychiatrie et chez des mères tout-venant.

1.1 L'orientation mentale maternelle

L'habileté du parent à percevoir et comprendre adéquatement ce que l'enfant pense et ressent a été conceptualisée et opérationnalisée par Meins (1997) comme l'orientation mentale maternelle (OMM). Selon McMahon et Bernier (2017), l'OMM peut s'apparenter à des construits tels que la fonction réflexive parentale et l'insightfulness qui ont en commun la capacité du parent de mentaliser la relation avec son enfant. Néanmoins, la manière de les appréhender

diffère, témoignant de leurs aspects distincts. Alors que la fonction réflexive parentale porte sur la capacité du parent à réfléchir à son enfant, à soi comme parent et à leur relation lors d'une entrevue sur la relation avec l'enfant (Slade et al., 2004), l'insightfulness vise plutôt à recueillir les commentaires mentaux des parents sur leur enfant en regardant une vidéo de celui-ci (Koren-Karie et al., 2002). L'OMM constitue une fonction réflexive parentale particulière qui s'évalue dans l'action au moment où le parent est en interaction avec son enfant (McMahon & Bernier, 2017). Il s'agit d'un construit relationnel multidimensionnel qui fait référence à la capacité de la mère à identifier de manière ajustée les états mentaux de son enfant qui sous-tendent ses comportements et à lui transmettre verbalement la compréhension qu'elle s'en fait (Meins, 1997; Meins et al., 2001). L'origine du concept découle des recherches de Ainsworth et al. (1971) sur la sensibilité maternelle, soit la capacité de la mère à répondre rapidement et adéquatement aux signaux émotionnels et somatiques ainsi qu'aux besoins de son enfant. Selon Meins (1997), l'OMM est une capacité permettant non seulement de tenir compte de la réponse comportementale de la mère, mais aussi de la justesse de ses interventions verbales vis-à-vis de ce que son enfant semble exprimer, et cela, en fonction de la façon dont elle comprend et se représente mentalement les besoins de son enfant (Meins, 2013; Meins et al., 2001). Les commentaires des mères peuvent être plus ou moins ajustés à ce que communique l'enfant et ils peuvent être orientés sur les désirs et préférences de l'enfant, sur ses pensées et sur ses émotions. En cela, Meins (1997) considère que l'OMM est une capacité qui sous-tend la sensibilité maternelle et qui permet le développement d'une relation d'attachement sécurisante de l'enfant à sa mère. Ainsi, selon Meins (1997), trois facteurs sont particulièrement importants à considérer afin d'estimer la qualité de la relation mère-enfant : la façon dont la mère répond aux besoins de l'enfant, la compréhension ou la représentation mentale qu'elle se fait de ses besoins, et, tout particulièrement, la façon dont elle lui reflète ses états mentaux. Confirmant le postulat théorique

suggéré par Meins, des études empiriques ont montré que meilleure est l'OMM des mères d'enfants de 1 à 24 mois, plus ces dernières se montrent sensibles aux signaux de leur enfant (Bérubé-Beaulieu et al., 2016; Demers et al., 2009, 2010; Meins, 2013; Meins et al., 2001). En effet, les mères ayant une bonne OMM, c'est-à-dire qui sont davantage capables de se représenter et de s'expliquer les motifs sous-jacents aux comportements de leur enfant et qui reflètent cette compréhension à leur enfant grâce à des commentaires verbaux, décoderaient mieux leurs besoins et y répondraient de façon plus satisfaisante. Or, toutes les mères ne parviennent pas à refléter de façon optimale les états mentaux de leur enfant. C'est pourquoi, afin de mieux comprendre les contextes qui favorisent ou qui, au contraire, limitent la capacité des mères à utiliser un vocabulaire axé sur les états mentaux, il importe de s'attarder aux facteurs susceptibles d'être associés à l'OMM. Une revue des écrits suggère la présence d'une disposition chez certains parents à porter attention aux états mentaux de leurs enfants qui prendrait la forme d'un trait cognitif comportemental, mais également la présence de certains facteurs chez l'enfant (enfants plus faciles, plus âgés et avec de meilleures capacités langagières) et chez le parent (meilleure capacité de mentalisation et de fonctionnement psychologique) qui favorisent une bonne OMM (McMahon & Bernier, 2017). Parmi ceux-ci figurent le stress parental et la coparentalité.

1.2 Le stress parental

Le stress parental est défini comme un état de malaise psychologique relié au rôle parental, soit le stress que le parent vit lorsqu'il élève son enfant (Lacharité et al., 1992). Si le rôle de parent sollicite de nombreuses ressources aussi bien chez le parent lui-même (ressources psychologiques) qu'au sein de son entourage (ressources de l'environnement), il est également influencé par les caractéristiques propres à l'enfant (Abidin, 1990; Barak-Levy & Atzaba-Poria, 2020; Deater-Deckard, 1998; Fuchs et al., 2022; Lacharité et al., 1992; Ward & Lee, 2020). En

effet, les enfants présentant des défis particuliers, notamment ceux qui présentent une psychopathologie (p. ex., trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDAH], trouble du spectre de l'autisme [TSA], troubles développementaux), mettent davantage à l'épreuve les capacités parentales que les enfants dont la trajectoire de développement est normative (Hayes & Watson, 2013; Larkin et al., 2020; Theule et al., 2018; Walker et al., 2012). Le stress parental est compris comme une réaction psychologique aversive, une difficulté d'adaptation aux exigences du rôle de parent par manque de ressources psychologiques et environnementales (Deater-Deckard, 1998). Ainsi, la présence de stress parental est susceptible d'affecter la façon dont le parent interagit avec son enfant. Des études réalisées auprès de mères d'enfants âgés de 0 à 4 ans corroborent cette hypothèse. Elles ont montré que la présence d'un stress parental plus élevé chez les mères est associée à l'expression d'émotions plus négatives de leur part (McMahon & Meins, 2012) et à une moins grande capacité à répondre aux besoins de leur enfant (Feldman et al., 2004; McMahon & Meins, 2012; Seah & Morawska, 2016; Ward & Lee, 2020).

1.2.1 Orientation mentale maternelle et stress parental

Étant donné que le stress parental est associé à la façon dont se déploient les interactions mère-enfant (McMahon & Meins, 2012), des chercheurs se sont intéressés au lien existant entre le stress parental et l'OMM. Deux études menées auprès de mères d'enfants de 2 à 18 ans souffrant de psychopathologies (p. ex., TSA, TDAH ou de difficultés d'ordre psychologique [p. ex., anxiété, comportements agressifs]) ont permis d'observer qu'un stress parental moindre est lié à un plus haut niveau d'OMM (Larkin et al., 2020; Walker et al., 2012). En effet, les mères qui vivent moins de stress parental formulent plus de commentaires pertinents au sujet des états mentaux de leur enfant que les mères qui rapportent plus de stress parental. Ces deux études ont également permis d'observer que les mères d'enfants ou d'adolescents ayant une

psychopathologie ont un niveau d'OMM plus bas que les mères tout-venant (Larkin et al., 2020; Walker et al., 2012). Ces deux études ainsi que deux méta-analyses (2285 parents d'enfants de 2 à 26 ans; Hayes & Watson, 2013; et 4991 mères d'enfants de 3 à 12 ans; Theule et al., 2018) suggèrent également que les mères d'enfants présentant une psychopathologie éprouvent plus de stress parental que les autres. Des recherches réalisées auprès de mères tout-venant obtiennent, en revanche, des résultats mitigés. Alors qu'une première étude observe également un lien négatif de taille moyenne entre l'OMM en matière de proportion de commentaires mentaux exprimés et le stress parental chez des mères d'enfants de 4 ans (McMahon & Meins, 2012), trois études menées auprès de mères d'enfants de 6 mois à 5 ans (Garelli & Wendland, 2017; Suttora et al., 2020; Walker et al., 2012) n'identifient aucun lien direct entre ces variables. Ces résultats divergents soulèvent la pertinence d'étudier le lien entre le stress parental et l'OMM auprès de populations diverses afin de mieux saisir les facteurs qui influencent cette association, mais aussi afin d'identifier les différences possibles dans la façon dont ces variables sont reliées entre elles en fonction des populations auxquelles appartiennent les participantes.

1.3 La coparentalité

Selon le modèle théorique de Minuchin (1974), la mère fait partie d'un système social, soit la famille, composé de plusieurs sous-systèmes (p. ex., le couple, les dyades parent-enfant) interreliés qui s'influencent (Erel & Burman, 1995; Minuchin, 1974). C'est pourquoi, au-delà des ressources psychologiques du parent, sa perception de sa relation de coparentalité est pertinente dans l'étude de la relation parent-enfant. Feinberg (2003) définit la coparentalité comme la façon dont les parents travaillent en coopération pour accomplir leur rôle de parents. La notion de coparentalité comporte plusieurs facettes telles que la solidarité, le soutien, le sabotage du partenaire dans son rôle de parent ainsi que le partage des tâches parentales (Frank et

al., 1988; van Egeren & Hawkins, 2004). Les écrits scientifiques soulignent que la perception d'un parent à propos de sa relation de coparentalité est associée à sa capacité d'adaptation à la parentalité, à la qualité de son parentage et à la qualité de la relation parent-enfant (Feinberg, 2002, 2003; Floyd et al., 1998; Holland & McElwain, 2013; Martin et al., 2017; Peltz et al., 2018). Précisément, ces écrits montrent que les parents vivant de l'insatisfaction à propos de la coparentalité (manque de soutien du conjoint, dénigrement, déséquilibre dans le partage des tâches, manque de solidarité) vivent plus de détresse et sont moins disponibles pour répondre de façon sensible aux besoins de leur enfant que les parents qui perçoivent leur relation de coparentalité comme étant satisfaisante.

1.3.1 Orientation mentale maternelle et relation de coparentalité

Malgré ce constat, à notre connaissance, il n'existe à ce jour qu'une seule étude s'intéressant au lien entre l'OMM et la relation de coparentalité. Cette étude n'a observé aucun lien statistiquement significatif entre ces deux variables chez une population de parents d'enfants d'âge préscolaire issus d'une population tout-venant (Dollberg et al., 2021). Cependant, une étude menée auprès de parents de nourrissons issus aussi d'une population tout-venant ($N = 134$) relève l'existence d'un lien significatif fort entre l'OMM et la qualité des relations familiales, incluant certains aspects de la coparentalité tels que les échanges entre les deux parents (p. ex., leur capacité à se soutenir, la présence ou l'absence de conflits, l'inclusion du coparent dans les échanges avec l'enfant, leurs habiletés à communiquer ensemble) dans un contexte familial peu stressant (Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018). Plus les mères formulaient de commentaires axés sur les états mentaux de leur enfant, meilleure était la qualité de leurs échanges avec l'autre parent dans une tâche visant à interagir avec l'enfant. Une autre étude auprès de mères américaines tout-venant d'enfants de 0 à 13 mois ($N = 97$) a démontré qu'une meilleure capacité à se représenter leurs propres états mentaux et ceux d'autrui avant la naissance de l'enfant est associée à une

relation de coparentalité plus satisfaisante, selon les mères, un an plus tard (Jessee et al., 2018). Dans le même ordre d'idées, une étude menée auprès d'un échantillon tout-venant de mères de nourrissons ($N = 68$) identifie que leur capacité à comprendre et à se représenter les états mentaux de leur enfant à partir de ses signaux non verbaux et à y répondre de façon non verbale est liée à une meilleure coopération entre les parents telle que perçue par les mères à 3 mois postpartum. Une meilleure capacité des mères à identifier les états mentaux de leur enfant est également associée à une relation de coparentalité dans laquelle le coparent est décrit comme étant collaborant (Shai et al., 2017). À l'exception de l'étude de Dollberg et al. (2021), aucune étude ne s'est spécifiquement penchée sur le lien entre la capacité des mères à refléter adéquatement les états mentaux à leur enfant (OMM) et la qualité de la relation coparentale auprès de mères d'enfants d'âge préscolaire. De plus, l'ensemble des études sur l'association entre l'OMM et la coparentalité a été réalisé auprès d'échantillons de mères tout-venant, ne permettant pas de comprendre de quelle façon ce lien se déploie auprès d'échantillons à risque comme les mères d'enfants suivis en pédopsychiatrie. Étant donné que la santé mentale des enfants est susceptible de mettre à l'épreuve la relation de coparentalité (Lavoie, 2017; Teubert & Pinquart, 2010), il s'avère pertinent d'étudier également ce lien auprès d'un échantillon de mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie et d'évaluer si la nature de ce lien diffère de celui observé chez des mères tout-venant.

2. Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche

La présente étude comporte trois objectifs. Le premier objectif vise à évaluer le lien entre l'OMM, le stress parental et la coparentalité chez des mères d'enfants d'âge préscolaire (2-6 ans). Il est attendu que plus les mères auront un niveau d'OMM élevé, moins elles rapporteront de stress parental et meilleure sera leur relation de coparentalité. Le deuxième objectif est de comparer les mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie et celles issues de la population

générale quant à l'OMM, le stress parental et à la qualité de la relation de coparentalité. La deuxième hypothèse prévoit que les mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie auront un niveau d'OMM plus bas, un stress parental plus élevé et une relation de coparentalité moins satisfaisante que les mères tout-venant. Un troisième objectif vise à évaluer si le lien entre l'OMM et les variables de stress parental et de coparentalité s'opérationnalise de la même façon pour les mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie et les mères tout-venant. Dit autrement, est-ce que le groupe d'appartenance (pédopsychiatrie versus tout-venant) modère le lien entre l'OMM et les variables de stress parental et de coparentalité ? Compte tenu de la nature exploratoire de cet objectif, aucune hypothèse n'est proposée. Bien qu'exploratoire, cet objectif pourrait contribuer à mieux comprendre l'articulation entre les facteurs de risque et de protection propres à chaque population.

3. Méthode

3.1 Participants

La présente recherche s'insère dans une étude plus large concernant la contribution de facteurs individuels, parentaux et relationnels dans les difficultés d'adaptation et problèmes de santé mentale d'enfants d'âge préscolaire. Ce projet de recherche plus large est présenté dans (*Information non dévoilée pour préserver l'anonymat pendant le processus d'évaluation*). Les données sont issues de cette étude et seules ont été retenues les familles pour lesquelles les données étaient disponibles pour l'ensemble des variables d'intérêt, ce qui représente 64 dyades (76 % de l'échantillon total), soit 39 dyades mère-enfant qui consultent au Service de pédopsychiatrie et 25 dyades mère-enfant provenant de la population générale. Le recrutement a été effectué entre janvier 2013 et janvier 2020 dans la région de Montréal (Québec, Canada). Les enfants étaient âgés de 2 à 6 ans. Ceux qui présentaient des atteintes sévères sur le plan de la communication (p. ex., présence d'un trouble du langage sévère) ou ceux pour lesquels l'équipe

soignante identifiait une contre-indication clinique à participer (p. ex., situation de crise, trouble mental aigu chez l'un ou l'autre des parents, évaluation ordonnée par la cour fragilisant l'alliance thérapeutique) n'ont pas été sollicités. De plus, étant donné la nature verbale de la tâche qui nécessitait une maîtrise de la langue des participants par les codificatrices, les dyades mère-enfant s'exprimant dans une autre langue que le français ($n = 4$) n'ont pas été retenues pour l'étude. La recherche a reçu l'approbation de trois comités éthiques de la recherche (*informations cachées pour le processus d'évaluation par les pairs*).

3.1.1 Description de l'échantillon

Les statistiques descriptives de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1. L'âge moyen des mères de l'échantillon était de 34,14 ans ($\bar{ET} = 4,68$) et aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les mères des deux groupes au niveau des caractéristiques sociodémographiques (âge, scolarité, revenu familial, état civil). Il existait en revanche des différences de groupe concernant l'âge ($t = 2,07, p = 0,042$) et le sexe des enfants ($\chi^2 = 8,86; p = 0,003$). Le groupe clinique était composé significativement de plus de garçons (76,9 % pour le groupe clinique et 40 % pour le groupe tout-venant) et d'enfants plus âgés ($M = 60,13, \bar{ET} = 14,43$) que le groupe tout-venant ($M = 52,20, \bar{ET} = 15,68$).

[Insérer Tableau 1 ici]

3.2 Déroulement

À la suite d'une brève introduction de la recherche par le pédopsychiatre et après avoir donné leur accord à être jointes, les familles recrutées ont été contactées par un assistant de recherche afin de leur présenter l'étude et de les inviter à y participer. Les familles issues de la population tout-venant ont été recrutées grâce à des dépliants distribués dans les garderies, les centres communautaires et sportifs, les milieux de garde, les réseaux sociaux (p. ex., Facebook) et les

cliniques médicales du territoire desservies par le Service de pédopsychiatrie. Après avoir discuté avec un assistant de recherche, toutes les familles souhaitant participer à l'étude ont été rencontrées au Service de pédopsychiatrie. Un assistant a présenté le formulaire d'information et de consentement et a répondu aux questions des parents avant de les inviter à signer le formulaire. Des explications simples et ajustées à l'âge de l'enfant étaient transmises aux enfants afin qu'ils puissent également consentir à leur participation. Ensuite, les familles ont effectué différentes tâches d'une durée totale de 60 à 110 minutes. Un cahier de questionnaires a été distribué aux mères au moment de la rencontre. Une assistante était disponible pour répondre aux questions. Les mères ayant accepté de participer à l'étude ont reçu une compensation financière de 20\$ et les enfants ont reçu un petit cadeau d'une valeur d'environ 5\$. La rencontre a été filmée et enregistrée sur vidéo afin de permettre l'évaluation des interactions mère-enfant.

3.3 Instruments de mesure

3.3.1 Caractéristiques sociodémographiques

Un questionnaire développé par le Service de pédopsychiatrie a permis de recueillir des informations concernant les principales caractéristiques sociodémographiques des enfants et de leurs parents et les principaux éléments de l'histoire développementale, médicale et familiale de l'enfant. Une version abrégée de ce questionnaire a été distribuée aux mères d'enfants tout-venant).

3.3.2 Orientation mentale maternelle (Meins et al., 1998)

Lors de la rencontre d'évaluation, dans le cadre de l'étude plus large, après avoir été soumises à la situation étrange (Ainsworth & Wittig, 1969), les dyades mère-enfant ont été invitées à prendre une collation. En plus du goûter, des jouets étaient accessibles pour la dyade. Aucune directive ne leur a été donnée outre le fait que l'assistant reviendrait dans 10 minutes pour continuer les différentes tâches. Cette période de collation a été filmée puis retranscrite en

un verbatim qui inclut les propos tenus par la dyade et des informations permettant de mettre ces propos en contexte (p. ex., tonalité de la voix, déplacements dans la salle, regards). Les verbatims ont ensuite été codifiés à l'aide d'une grille mesurant l'OMM, conçue par Meins et al. (2001). La grille comporte cinq sous-échelles qui réfèrent à des types de commentaires mentaux formulés par la mère. Ces commentaires concernent : (1) l'état mental de l'enfant, ce qui fait référence aux désirs et préférences de l'enfant (p. ex., « *tu aimes ce jeu* »); (2) les processus mentaux de l'enfant, ce qui concerne les cognitions de l'enfant, ce qu'il pense, décide, reconnaît, se rappelle (p. ex., « *tu te souviens de ce jeu* »); (3) le degré d'engagement de l'enfant, ce qui représente ce que ressent l'enfant (p. ex., « *tu es fâché* »); (4) les tentatives de l'enfant d'influencer les pensées des autres (p. ex., « *tu me taquines* »); et (5) les tentatives de la mère d'interpréter les pensées de l'enfant (p. ex., commentaires de la mère qui parle pour son enfant et prononce ce qu'elle pense que l'enfant se dit dans sa tête). Après avoir été répertoriés, les commentaires mentaux ont été considérés par le codeur comme étant pertinents ou non pertinents, selon qu'ils correspondaient ou non à ce qui semblait être vécu par l'enfant (p. ex., « *tu as envie de faire autre chose* » quand l'enfant est appliqué dans son jeu). Outre ces cinq sous-échelles, deux sous-échelles supplémentaires ont été retenues, soit la sous-échelle du nombre total de commentaires pertinents et la sous-échelle du nombre total de commentaires non pertinents. La validité de construit convergente de la grille de codification de l'OMM a été démontrée par l'obtention de corrélations significatives avec la sensibilité maternelle (Arnott & Meins, 2007; Laranjo et al., 2008; McMahon & Meins, 2012; Meins, 2013; Meins et al., 2001; Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018), la sécurité d'attachement de l'enfant (Laranjo et al., 2008; Lundy, 2003; Meins et al., 2001) et le développement de la théorie de l'esprit chez ce dernier (Laranjo et al., 2010; Meins et al., 2002, 2003). La fidélité interjuges obtenue dans plusieurs études était satisfaisante (κ entre 0,74 et 1)

pour l'identification des commentaires mentaux et pour le classement du nombre de commentaires pertinents/non pertinents (Illingworth et al., 2016; Laranjo et al., 2008; Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018). Dans le cadre de cette étude, deux codeuses formées au système de codification se sont partagé l'analyse des vidéos. Celles-ci ignoraient le groupe d'appartenance des dyades et toute autre information concernant les familles. L'accord interjuges a été effectué sur 30 % de l'échantillon à partir de corrélations intraclasse (ICC) considérant qu'il s'agit de variables continues. Les résultats sont satisfaisants (ICC entre 0,718 et 0,944). Les désaccords ont été résolus par des discussions entre les deux codeuses.

3.3.3 Indice de stress parental — Forme brève (ISP-FB; Abidin, 1995)

Ce questionnaire auto-rapporté comporte 36 items et mesure le niveau de stress ressenti par le parent au sujet de son enfant, de son interaction avec lui et de son rôle en tant que parent. Les items sont cotés sur une échelle de Likert allant de *profondément d'accord* (1) à *en profond désaccord* (5) et répartis en trois sous-échelles comprenant chacune 12 items : (1) « enfant difficile », qui mesure les attentes et perceptions de la mère quant aux capacités et tempérament de l'enfant (p. ex., « mon enfant s'habitue difficilement à de nouvelles choses »); (2) « détresse parentale » qui fait référence au sentiment de désespoir de la mère depuis qu'elle est parent (p. ex., « je me sens coincée dans mes responsabilités de parents »); et (3) « interactions parent-enfant dysfonctionnelles » qui évalue l'insatisfaction de la mère quant à ses interactions avec son enfant (p. ex., « mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y attendais »). Les scores varient entre 12 et 60 pour les sous-échelles. Des scores plus élevés sont indicateurs d'un plus grand niveau de stress parental sur chacune des dimensions. Le ISP-FB dont la version française a été validée (Bigras, LaFrenière & Abidin, 1996) démontre une excellente cohérence interne (entre 0,90 et 0,92; Barroso et al., 2018) et sa validité convergente a été établie au moyen de corrélations positives avec des échelles mesurant des construits similaires telles que la dépression

maternelle, les événements de vie stressants, les conflits dans la famille, les comportements de l'enfant et des parents (Haskett et al., 2006, 2017; Whiteside-Mansell et al., 2007). L'ISP-FB a été validé auprès d'échantillons à risque élevé (Barroso et al., 2016) ainsi qu'auprès d'échantillons cliniques (voir Holly et al., 2019). La cohérence interne pour l'échantillon de la présente étude est satisfaisante (entre 0,75 et 0,89).

3.3.4 Questionnaire sur les expériences familiales (QEF; Frank et al., 1988)

Ce questionnaire autorapporté a été utilisé afin d'évaluer les relations familiales incluant la relation de coparentalité. Pour répondre aux objectifs de la présente étude, quatre sous-échelles ont été sélectionnées pour évaluer les aspects positifs et négatifs de la relation de coparentalité : (1) les « conflits autour de la discipline » (10 items) mesure l'ampleur des désaccords entre les parents au sujet de l'éducation de leur enfant (p. ex., « mon conjoint et moi ne sommes pas d'accord sur quand et comment punir notre enfant »); (2) la « responsabilité partagée » (12 items) évalue la satisfaction de la mère au sujet de la répartition des responsabilités associées au fait d'avoir un enfant (p. ex., « Mon conjoint est prêt à faire des sacrifices pour participer aux tâches parentales »); (3) la « résolution positive des problèmes » mesure la capacité des parents à communiquer ensemble de façon constructive afin de résoudre leurs difficultés parentales (p. ex. « mon conjoint et moi discutons souvent ensemble sur ce qui est préférable pour notre enfant ») (9 items); et (4) le « conjoint dénigrant » (10 items) évalue l'attitude du père face à ses perceptions de la mère dans son rôle de parent (p. ex., mon conjoint me soutient comme parent). Les items sont cotés de *très vrai* (1) à *très faux* (4), à partir d'une échelle de Likert. La validité convergente de l'instrument a été démontrée grâce aux associations entre les sous-échelles du QEF et la qualité de la relation maritale (van Egeren & Hawkins, 2004) ainsi que la perception des problèmes de comportement de l'enfant (Floyd & Zmich, 1991). Enfin, le QEF possède une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,80$) pour un échantillon de mères à risque sur le plan

socioéconomique (Dubois-Comtois, Pennestri et al., 2019). La cohérence interne pour le présent échantillon est excellente pour trois des quatre sous-échelles (conflits autour de la discipline : $\alpha = 0,87$; responsabilité partagée : $\alpha = 0,94$; résolution positive des problèmes : $\alpha = 0,90$; conjoint dénigrant : $\alpha = 0,53$). Les analyses subséquentes ont donc été réalisées sans inclure la sous-échelle conjoint dénigrant pour laquelle la cohérence interne est insatisfaisante.

3.4 Plan des analyses statistiques

Des analyses préliminaires ont d'abord été réalisées pour remplacer les données manquantes, examiner la normalité des distributions et vérifier la présence de variables potentiellement confondantes (caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon). Les caractéristiques sociodémographiques significativement associées aux variables d'intérêt ont été intégrées comme covariables dans les analyses subséquentes pour contrôler la variance appartenant à ces caractéristiques.

Afin de tester le premier objectif de l'étude, des analyses de corrélation partielles en contrôlant pour les covariables ont été réalisées. Le deuxième objectif a été testé en comparant les mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie à celles issues de la population générale sur l'OMM, le stress parental et à la qualité de la relation de coparentalité à l'aide de MANOVA. Le troisième objectif, visant à évaluer si le lien entre l'OMM et les variables de stress parental et de coparentalité s'opérationnalise de la même façon pour les mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie et les mères tout-venant, a été testé à l'aide de régression linéaire en ayant recours à la macro PROCESS pour SPSS. Considérant l'échantillon de 64 participants, une puissance à ,80 et une probabilité d'erreur à ,05, les analyses permettront de détecter des résultats avec des tailles d'effet modérées ($r = .25$ pour les analyses de corrélations, $f^2 = .29$ pour la MANOVA et $r = .37$ pour les analyses de régression).

4. Résultats

4.1 Analyses préliminaires

4.1.1 Données manquantes

Certaines données sociodémographiques des mères étaient manquantes (scolarité : $n = 10$; âge : $n = 11$; état civil : $n = 11$). Puisque ces données manquantes étaient secondaires dans l'étude, la possibilité de les imputer a été considérée. Une analyse de l'ensemble du fichier de données, grâce au test *Missing completely at random* (MCAR; Little & Rubin, 1987), a indiqué que les données sociodémographiques manquantes l'étaient de façon complètement aléatoire, $\chi^2(46) = 34,10$, *ns*. Leur imputation a donc pu être réalisée en se basant sur la vraisemblance maximale de l'ensemble des données à partir de l'algorithme *Espérance-maximisation* (EM; Tabachnick & Fidell, 2001). Afin de s'assurer qu'aucun biais n'était induit par cette imputation, les analyses subséquentes ont été réalisées avec et sans l'imputation de ces données. Des résultats similaires ont été obtenus à l'aide des deux méthodes. Ainsi, afin d'augmenter la taille de l'échantillon et la puissance statistique, les résultats rapportés sont ceux des analyses réalisées avec les données imputées.

4.1.2 Normalité des distributions

Considérant le manque de variance pour les sous-échelles de l'OMM degré d'engagement de l'enfant, tentatives de l'enfant d'influencer les pensées des autres, tentatives de la mère d'interpréter les pensées de l'enfant (M entre 0,05 et 0,22), celles-ci n'ont pas été retenues dans les analyses. Les postulats de normalité selon les critères d'asymétrie, de kurtose et le test de Kolmogorov-Smirnov ont été rencontrés pour cinq sous-échelles (les trois sous-échelles de l'ISP et deux sous-échelles du QEF). Pour les cinq autres (quatre sous-échelles de l'OMM et une

sous-échelle du QEF), une transformation logarithmique a été effectuée afin de respecter les mêmes postulats de normalité.

4.1.3 Caractéristiques sociodémographiques et variables à l'étude

Des analyses descriptives ont été effectuées afin de dresser un portrait des participants sur l'ensemble des variables. Dans le but de repérer la présence potentielle de covariables, des analyses de corrélations, des tests-*t* et des analyses de variance (ANOVA) ont été réalisés entre les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et les variables à l'étude. Les postulats de base ont été vérifiés pour chacune des analyses. Des corrélations statistiquement significatives de taille modérée ont été obtenues entre l'âge des enfants et la sous-échelle état mental de l'OMM ainsi qu'avec deux des sous-échelles du stress parental (voir Tableau 2). Plus leur enfant était âgé, moins les mères émettaient de commentaires sur leurs états mentaux, $r(64) = -,35$, $p = ,005$, plus elles vivaient de la détresse parentale, $r(64) = ,27$, $p = ,028$, et plus elles percevaient leurs interactions avec leur enfant comme dysfonctionnelles, $r(64) = ,37$, $p = ,003$. Toutefois, l'âge des mères n'était pas lié aux variables à l'étude. Des tests-*t* ont montré des différences significatives sur plusieurs sous-échelles de la coparentalité en fonction de l'état civil des mères (*t* entre -4,32 et -2,05; voir Tableau 3). Précisément, les mères en couple percevaient un meilleur équilibre dans le partage des responsabilités et de plus grandes aptitudes en résolution positive des problèmes que les mères célibataires. En revanche, aucune différence statistiquement significative n'a été relevée pour le stress parental. Des ANOVA ont démontré des différences significatives sur plusieurs sous-échelles de la coparentalité et du stress parental selon le revenu familial (*F* entre 4,05 et 11,03; *p* entre ,022 et ,001; voir Tableau 4). Les mères dont le revenu familial était de 40 000 \$ et moins percevaient davantage leur enfant comme difficile, indiquaient vivre plus de conflits sur la discipline et remarquaient une différence plus importante au niveau du partage des responsabilités avec le père que les mères qui avaient un revenu plus élevé. Les

mères dont le revenu familial se situait entre 40 000 et 80 000 \$ estimaient vivre plus d'interactions dysfonctionnelles avec leur enfant et les mères dont le revenu familial était supérieur ou égal à 80 000 \$ décrivaient plus de résolution positive des problèmes avec le père. Par contre, les variables à l'étude ne différaient pas en fonction du sexe de l'enfant (t entre -0,99 et 1,52) et de la scolarité des mères (F entre 0,07 et 1,93). En fonction des résultats significatifs obtenus, l'âge des enfants, l'état civil et le revenu familial des mères ont été intégrés comme covariables dans les analyses subséquentes.

[Insérer Tableaux 2, 3 et 4 ici]

4.2 Analyses principales

4.2.1 Liens entre l'OMM, le stress parental et la coparentalité pour l'ensemble des mères

Afin de répondre au premier objectif qui visait à évaluer le lien entre l'OMM, le stress parental et la coparentalité pour l'ensemble de l'échantillon, des corrélations partielles ont été effectuées en contrôlant pour l'âge des enfants, l'état civil et le revenu familial des mères (voir Tableau 5). Les résultats indiquent des effets de taille modérée. Plus les mères formulaient de commentaires mentaux non pertinents, plus elles étaient enclines à percevoir leur enfant comme étant difficile et à ressentir de la détresse parentale, $r(64) = ,29, p = ,023$ et $r(64) = ,26, p = ,042$, respectivement. En revanche, aucune corrélation n'a été observée entre l'OMM et les différents aspects de la relation de coparentalité.

Par ailleurs, des associations négatives de taille modérée ont été trouvées entre le niveau de stress parental et la qualité de la relation de coparentalité telle que perçue par les mères. Plus précisément, les mères qui percevaient leur enfant comme plus difficile, qui vivaient plus de détresse parentale et qui relevaient plus d'interactions dysfonctionnelles avec leur enfant rapportaient également plus de conflits avec le coparent au sujet de la discipline (r entre -,33 et -

,46, p entre ,008 et ,001). Les mères qui vivaient plus de détresse parentale indiquaient également être moins satisfaites du partage des responsabilités avec leur coparent, $r(64) = -,40, p = ,001$.

[Insérer Tableau 5 ici]

4.2.2 OMM, stress parental et coparentalité selon le groupe d'appartenance

Afin de répondre au deuxième objectif qui avait pour but de comparer les deux groupes de mères quant à l'OMM, le stress parental et la qualité de la relation coparentale rapportée, des analyses de covariance multivariées (MANCOVA) ont été effectuées en contrôlant pour l'âge des enfants, l'état civil et le revenu familial des mères (voir Tableau 6). Les postulats de base ont été vérifiés pour chacune des analyses (normalité des distributions, homogénéité des variances avec le Test de Box's. D'après la trace de Pillai ($V = ,28, F(5, 55) = 4,27, p = ,002$), il y avait une différence significative de grande taille ($\eta^2 = ,28$) entre les mères des deux groupes au niveau du nombre de commentaires mentaux non pertinents qu'elles ont exprimés. Les mères qui consultent en pédopsychiatrie pour leur enfant émettaient plus de commentaires mentaux non pertinents ($M = 0,18, \acute{E}T = 0,46$) que les mères issues de la population générale ($M = -0,16, \acute{E}T = 0,37$). Une différence entre les groupes a également été obtenue au niveau des commentaires concernant les processus mentaux des enfants. Les mères provenant du groupe clinique ($M = 0,10, \acute{E}T = 0,45$) exprimaient moins de commentaires pertinents sur les processus mentaux de leur enfant que les mères tout-venant ($M = 0,40, \acute{E}T = 0,44$). Ensuite, d'après la trace de Pillai, les résultats révélaient une différence significative de grande taille ($\eta^2 = ,40$) entre les groupes de mères, $V = ,40, F(4, 56) = 9,20, p = ,001$, par rapport à la perception de leur enfant comme étant difficile et aux interactions mère-enfant vécues comme dysfonctionnelles. Les mères qui consultent en pédopsychiatrie avaient l'impression que leur enfant était plus difficile ($M = 40,13, \acute{E}T = 8,42$) que les mères du groupe tout-venant ($M = 29,16, \acute{E}T = 8,58$) et elles rapportaient vivre plus d'interactions dysfonctionnelles avec lui ($M = 23,77, \acute{E}T = 5,96$) que les mères qui ne consultent

pas en pédopsychiatrie pour leur enfant ($M = 19,16$, $ÉT = 4,80$). En revanche, selon la trace de Pillai, $V = ,11$, $F(5, 56) = 1,45$, $p = ,221$, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes de mères quant à la perception de leur relation de coparentalité.

[Insérer Tableau 6 ici]

4.2.3 Effet modérateur du groupe d'appartenance sur le lien entre l'OMM et le stress parental et la coparentalité

Enfin, pour répondre au troisième objectif et tester l'effet de modulation du groupe d'appartenance des mères sur les liens entre l'OMM, le stress parental et la coparentalité, des analyses de rééchantillonnage (*bootstrap*) à l'aide de la macro PROCESS (Hayes, 2018) ont été effectuées en tenant compte des covariables identifiées (âge des enfants, état civil et revenu familial). Le modèle a été testé en considérant séparément six prédicteurs (les trois sous-échelles du stress parental et les trois sous-échelles de la coparentalité) avec les quatre variables prédites (les sous-échelles de l'OMM). Seuls les modèles statistiquement significatifs seront présentés. Parmi les analyses effectuées avec les sous-échelles du stress parental, une seule était statistiquement significative. Les résultats de cette analyse indiquaient que l'appartenance au groupe pédopsychiatrie ou tout-venant modérait l'association entre le stress parental lié aux interactions dysfonctionnelles et le nombre de commentaires mentaux des mères au sujet des processus mentaux, $B = ,05$, $t = 2,17$, $p = ,034$; 95 % IC $[,00; ,09]$. L'effet de modulation ajoute 6 % de variance expliquée, $\Delta R^2 = ,06$, $F(1, 57) = 4,56$, $p = ,037$; Modèle global : $R^2 = ,21$, $F(5, 58) = 3,01$, $p = ,017$. Les analyses post hoc révélaient que chez les mères dont l'enfant a été évalué en pédopsychiatrie, aucun lien n'avait été observé entre les interactions dysfonctionnelles et le nombre de commentaires mentaux pertinents au sujet des processus mentaux ($B = ,01$, $t = -0,10$, $p = ,92$). En revanche, chez les mères du groupe tout-venant, plus elles percevaient leurs

interactions avec leur enfant comme étant dysfonctionnelles, plus elles formulaient de commentaires pertinents faisant référence aux processus mentaux de l'enfant ($B = ,05$, $t = 2,41$, $p = ,019$). Aucune analyse de modération effectuée avec les sous-échelles sur la coparentalité ne s'est avérée significative.

5. Discussion

La présente étude avait pour objectif d'évaluer le lien entre l'OMM, le stress parental et la coparentalité chez des mères d'enfants d'âge préscolaire, de comparer les mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie et celles issues de la population générale quant à ces trois variables et de vérifier si le groupe d'appartenance (clinique versus tout-venant) modérait le lien entre l'OMM et les variables de stress parental et de coparentalité.

5.1 Liens entre l'OMM, le stress parental et la coparentalité pour l'ensemble des mères

Les résultats ont permis de constater que plus les mères produisaient de commentaires mentaux non pertinents, plus elles percevaient leur enfant comme étant difficile et plus elles vivaient de la détresse en lien avec leur rôle de parent (tailles d'effet modérées). Ces résultats s'inscrivent dans la lignée de ceux obtenus par Larkin et al. (2020) et Walker et al. (2012) à partir d'échantillons de mères d'enfants tout-venant et atteints de psychopathologie et qui ont permis d'observer qu'une OMM plus faible était liée à un stress parental plus élevé. Étant donné que les mères qui ont une meilleure OMM décodent mieux les besoins de leurs enfants (Bérubé-Beaulieu et al., 2016; Demers et al., 2009, 2010; Meins, 2013; Meins et al., 2001), il est possible d'envisager que les mères qui ont une OMM plus faible démontrent plus d'incompréhension face aux raisons qui motivent le comportement de leur enfant. De ce fait, elles peuvent les percevoir comme des enfants plus difficiles, ce qui génère plus de détresse parentale chez elles. En effet, ces mères peuvent percevoir les réactions de leur enfant comme imprévisibles, ce qui peut induire un état de stress. Par ailleurs, les mères qui ressentent plus de stress parental ont tendance à se

montrer moins à l'écoute des états internes de leur enfant (Feldman et al., 2004; McMahon & Meins, 2012; Seah & Morawska, 2016; Ward & Lee, 2020). Ceci pourrait les pousser à émettre davantage de commentaires hâtifs ou erronés sur le vécu de leur enfant. Cependant, il se pourrait également que ces mères tentent tout de même de comprendre leur enfant, mais fassent preuve d'une OMM plus faible, ce qui se traduit par le fait qu'elles émettent plus de commentaires non pertinents vis-à-vis de ce que l'enfant exprime (Larkin et al., 2020). Enfin, il est possible que les enfants de ces mères soient plus complexes à déchiffrer, soit parce qu'ils ont de la difficulté à se faire comprendre, à exprimer leurs besoins, ou bien parce qu'ils vivent eux-mêmes de l'incompréhension vis-à-vis des signaux envoyés par leur mère (Larkin et al., 2020). Ces obstacles de part et d'autre dans la communication engendreraient alors davantage de détresse parentale.

Aucun lien n'a été observé entre l'OMM et la perception des mères quant à la qualité de leur relation de coparentalité. Ces résultats vont à l'encontre de ceux obtenus dans le cadre de plusieurs études suggérant qu'une bonne OMM est liée à une relation de coparentalité au sein de laquelle il y a plus de collaboration, de soutien et moins de conflits (Shai & Belsky, 2011; Shai et al., 2017; Yatziv, Gueron-Sela et al., 2018). Cependant, ils corroborent les résultats obtenus par Dollberg et al. (2021) qui n'observaient aucune association entre l'OMM et la coparentalité telle que mesurée par l'*Échelle de relation coparentale* de Feinberg et al. (2012). Les résultats obtenus dans la présente étude pourraient être expliqués par les choix méthodologiques privilégiés. L'OMM dans la présente étude et celle de Dollberg et al. a été mesurée en l'absence des pères (interaction dyadique ou entrevue individuelle). Or, c'est en évaluant l'OMM dans le cadre d'une tâche d'interaction parent-enfant réalisée en présence des deux parents que Yatziv, Gueron-Sela et al. (2018) ont observé un lien entre l'OMM et la coparentalité. Des études ont d'ailleurs montré que la présence d'un parent influence les interactions de l'autre parent avec son enfant

(De Mendonça et al., 2011; Kwon et al., 2012). Ainsi, il est possible que les verbalisations des mères à l'endroit de leur enfant et formulées sous le regard du père soient associées au sentiment de soutien ou d'invalidation qui se dégage de la relation de coparentalité (Erel & Burman, 1995; Merrifield & Gamble, 2013; Minuchin, 1974; Sturge-Apple et al., 2006). C'est pourquoi, dans de futures études, il serait intéressant que les pères soient impliqués dans les situations d'interactions mère-enfant afin de mieux comprendre l'influence de la présence des pères sur le lien entre l'OMM et la coparentalité.

Dans le même ordre d'idées, il est aussi envisageable que l'absence de lien entre la coparentalité telle que perçue par les mères et la qualité de leur OMM puisse s'expliquer par le fait que la capacité des mères à identifier les états mentaux de leur enfant et à leur refléter est une disposition qui dépend de caractéristiques qui seraient non seulement liées au contexte (en présence ou absence des pères), mais qui seraient également spécifiques à la relation dans laquelle elles se déploient (Illingworth et al., 2016). Ainsi, les mères pourraient vivre des insatisfactions dans leur relation avec le père en ce qui concerne l'éducation de leur enfant et pourtant être en mesure de comprendre les états mentaux de leur enfant et y répondre adéquatement.

5.2 L'OMM, le stress parental et la coparentalité selon le groupe d'appartenance

Les résultats de l'étude ont montré que les mères qui consultent en pédopsychiatrie pour leur enfant formulaient moins de commentaires pertinents sur les processus mentaux de leur enfant et plus de commentaires mentaux non pertinents par rapport aux mères tout-venant (tailles d'effet élevées). Ces résultats confirment l'hypothèse proposée et appuient les résultats des quelques travaux s'étant intéressés à l'OMM de mères d'enfants issus de populations cliniques (Larkin et al., 2020; Walker et al., 2012) et à la fonction réflexive parentale (Dubois-Comtois, Sabourin-Guardo et al., 2019; Slade, 2005; Urfer et al., 2014). Tout d'abord, les mères du groupe clinique

tendent à peu commenter les processus mentaux de leur enfant, type de commentaires qui, selon plusieurs auteurs, est lié au développement de l'habileté de ces derniers à mieux appréhender les émotions et la perspective de l'autre (Doan & Wang, 2010; Laranjo et al., 2014; Taumoepeau & Ruffman, 2006, 2008). Ainsi, à certains moments, ces enfants restent seuls face à leur expérience qui ne leur a pas été reflétée, ce qui met à risque le développement de leur capacité à identifier leurs propres états mentaux, aussi appelé capacité de mentalisation. Ensuite, les mères dont les enfants souffrent de psychopathologies tendent à leur refléter davantage de pensées, intentions et émotions qui ne correspondent pas à ce qu'ils vivent, ce qui peut témoigner, d'une part, d'une difficulté des mères à appréhender le monde interne de leur enfant (Fonagy et al., 1991, 2002). D'autre part, la présence accrue de ces commentaires inappropriés pourrait aussi être expliquée par le fait que ces enfants sont plus difficiles à décoder. En effet, ils adoptent davantage de comportements imprévisibles ou contradictoires et sont plus nombreux à manifester des difficultés au niveau du langage (Petersen et al., 2013; Salmon et al., 2016). Ces particularités des enfants atteints de psychopathologies pourraient entraver leur aptitude à décoder de façon précise les commentaires émis par leur mère, à comprendre leurs propres états mentaux et à les exprimer clairement, ce qui les rendrait plus complexes à comprendre pour leurs parents que les enfants tout-venant. Ainsi, les mères d'enfants qui souffrent de psychopathologies pourraient moins se fier aux signaux visibles produits par leur enfant pour décoder ce qu'il vit. C'est pourquoi il est possible d'envisager qu'afin d'interagir avec eux, elles auraient tendance à faire appel à d'autres connaissances — des connaissances théoriques ou leur connaissance d'elle-même — pour émettre des hypothèses sur ce que leur enfant pense, désire, ressent. Cela pourrait faire en sorte que ces mères émettraient des commentaires non pertinents, ne correspondant pas aux états mentaux de l'enfant. Or, dans les deux cas, ceci implique que les enfants reçoivent des rétroactions au travers desquelles ils ne peuvent pas se reconnaître. Lorsque transmises de façon

répétée et récurrente, ces rétroactions nuisent au bon développement de la capacité à mentaliser de ces enfants qui seront alors à risque de développer un « soi étranger » ou *alien self* (Achim et al., 2020; Debbané, 2018; Fonagy & Target, 2000). Ils ne pourront donc pas s'appuyer sur une représentation cohérente d'eux-mêmes pour comprendre ce qui les habite et, conséquemment, réguler leurs affects (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2002; Sharp & Fonagy, 2008).

Les mères qui consultent en pédopsychiatrie pour leur enfant les percevaient comme plus difficiles et rapportaient vivre plus d'interactions dysfonctionnelles avec eux que les mères tout-venant (tailles d'effet élevées), ce qui confirme l'hypothèse de recherche proposée. Il est possible que le fait d'être mère d'un enfant atteint d'une psychopathologie engendre des défis d'adaptation supplémentaires s'ajoutant aux exigences inhérentes au rôle de parent et génère plus de stress parental. De plus, les enfants atteints de psychopathologies sont plus susceptibles que les enfants tout-venant d'adopter des comportements perçus comme dérangeants ou de vivre des moments de dysrégulation émotionnelle avec lesquels les mères doivent apprendre à composer (Barak-Levy & Atzaba-Poria, 2020; Hayes & Watson, 2013; Larkin et al., 2020; Theule et al., 2018; Walker et al., 2012). En contrepartie, il est également envisageable que le stress parental maternel nuise à la qualité des interactions mère-enfant et limite la capacité des mères à répondre aux besoins de leur enfant, ce qui est un facteur de risque dans le développement de psychopathologies infantiles (Feldman et al., 2004; Fuchs et al., 2022; McMahon & Meins, 2012; Seah & Morawska, 2016; Ward & Lee, 2020). Ainsi, être mère d'un enfant qui démontre des vulnérabilités du point de vue de la régulation émotionnelle peut générer plus de stress parental. Or, ce stress pourrait nuire à la disponibilité des mères à répondre aux besoins de leur enfant, notamment sur le plan de la régulation des affects et, par conséquent, au bon développement de sa capacité d'autorégulation émotionnelle. Ce cycle néfaste auquel s'ajoutent les difficultés des mères qui consultent en pédopsychiatrie de décoder les états mentaux de leur enfant et des enfants de bien comprendre les

commentaires de leur mère pourrait ainsi contribuer à expliquer le fait que ces mères perçoivent les interactions avec leur enfant comme étant plus dysfonctionnelles.

Enfin, la perception des mères d'enfants du groupe clinique à propos de la qualité de leur relation de coparentalité ne différait pas de celle des mères issues de la population tout-venant, ce qui infirme l'hypothèse de recherche proposée. Ce résultat s'avère étonnant, puisque le stress parental est lié à la qualité de la relation de coparentalité et que les mères d'enfant consultant en pédopsychiatrie éprouvent plus de stress parental que les mères tout-venant. Or, peu d'informations sont disponibles à ce sujet dans les écrits scientifiques étant donné qu'à notre connaissance aucune étude ne compare une population clinique et tout-venant quant à la qualité de la relation de coparentalité. Les études font état des difficultés psychologiques et comportementales des enfants en lien avec la coparentalité dans chacune des deux populations sans les comparer (Choi & Becher, 2019; Stallman & Ohan, 2016; Teubert & Pinquart, 2010). Cependant, il est possible d'envisager que les défis rencontrés au sein de la relation de coparentalité au sujet de l'éducation de l'enfant, du partage des tâches et de la résolution des conflits ne diffèrent pas pour les mères en fonction de la présence ou non de psychopathologie chez leur enfant. Il est également envisageable que l'absence de lien entre ces variables soit expliquée par la présence d'autres variables qui n'ont pas pu être identifiées et qui pourraient médier ce lien. Par ailleurs, considérant la petite taille de l'échantillon, d'autres études seront nécessaires pour confirmer ces résultats.

5.3 Effet modérateur du groupe d'appartenance sur le lien entre l'OMM et les variables de stress parental et de coparentalité

Un seul effet de modulation du groupe d'appartenance a été observé en ce qui concerne les liens entre l'OMM et le stress parental (faible taille d'effet). Contrairement aux mères du groupe clinique chez qui aucun lien n'a été obtenu, les mères du groupe tout-venant émettaient non

seulement plus de commentaires pertinents sur les cognitions de leur enfant que les mères d'enfants du groupe clinique, mais elles le faisaient d'autant plus lorsqu'elles identifiaient davantage de problèmes dans les interactions avec lui. Ainsi, lorsqu'elles avaient l'impression que leur enfant leur souriait peu ou n'appréciait pas le temps passé ensemble, ces mères avaient tendance à commenter plus fréquemment que les mères du groupe clinique, ce que leur enfant pensait, décidait, remarquait, ce sur quoi il portait son attention. Ces commentaires pourraient avoir comme objectif de comprendre ce qui se passe pour l'enfant et de rétablir la relation avec lui. Rappelons également que dans la présente étude, l'OMM a été mesurée à un moment de collation mère-enfant qui suit la situation étrange. La dyade venait alors d'être soumise à un certain stress relationnel. Or, il est intéressant de constater que les mères du groupe tout-venant qui observaient un malaise dans la relation avec leur enfant communiquaient avec ce dernier en mettant l'accent sur ses cognitions plutôt que sur ses émotions. L'utilisation de ce type de commentaires pourrait s'expliquer, d'une part, par le fait de tenter de contenir les affects difficiles de l'enfant en cherchant à le distraire de son état émotionnel par le recours à des reflets sur des aspects plus rationnels de ce qu'il semble vivre (p. ex., « *tu te souviens, ce sont les mêmes barres de céréales que je mettais dans ta boîte à lunch!* »). D'autre part, il est démontré qu'une activation affective est à risque d'altérer la capacité de mentalisation des individus (Achim et al., 2020; Bateman & Fonagy, 2019; Debbané, 2018). Ainsi, en état de stress, il est plus facile de prioriser le traitement d'informations cognitives qu'affectives, ce qui pourrait permettre de comprendre ce qui amène les mères tout-venant à formuler plus de commentaires sur les processus mentaux de leur enfant lorsqu'elles vivent davantage de difficultés dans la relation. Ces résultats fournissent des pistes intéressantes pour l'intervention clinique. En effet, la formulation de tels commentaires pourrait être encouragée chez les mères d'enfants consultant en clinique pédopsychiatrique qui, selon nos résultats, n'ont pas développé cette aptitude observée chez les

mères tout-venant. La mise en place d'approches dyadiques telles que l'Intervention relationnelle (Moss et al., 2018) ou Watch, Wait and Wonder (Muir, 1992) représente une avenue propice à un tel travail dont la modalité dyadique permettrait de souligner au parent ses forces et sa capacité à bien décoder par moment son enfant et, à d'autres occasions, d'utiliser les moments d'interactions mère-enfant difficiles, se présentant en séance, pour sensibiliser les mères à la pertinence de tenter de réparer le lien et ainsi, de contenir les affects potentiellement débordants qu'elles ont générés chez l'enfant.

Enfin, aucun autre effet de modération du groupe d'appartenance des mères n'a été identifié en ce qui concerne les sous-échelles de l'OMM et du stress parental ou de l'OMM et de la coparentalité. Ces résultats pourraient possiblement être expliqués par le fait qu'être mère d'un enfant qui souffre de psychopathologie n'aurait pas d'incidence sur les interrelations entre les variables à l'étude, mais il est également possible qu'aucun autre effet de modération du groupe n'ait été obtenu du fait de la petite taille de l'échantillon. Des études subséquentes auprès de cette population seraient pertinentes afin de poursuivre la recherche à cet égard.

6. Limites et conclusion

Cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord, la petite taille de l'échantillon a pu restreindre la puissance statistique des analyses. Ensuite, les deux groupes n'étaient pas équivalents au niveau du sexe et de l'âge des enfants. Les résultats obtenus pour le groupe des mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie reflètent davantage la situation de mères de garçons que de filles (76,9 % de garçons et 23,1 % de filles), ce qui ne permet pas la généralisation des résultats à la population des mères qui consultent en pédopsychiatrie pour leur enfant. Cependant, le sexe ne s'est pas révélé être un facteur significativement associé à l'OMM. Concernant l'âge, les enfants du groupe clinique étaient plus âgés que les enfants du groupe tout-venant ($M = 60,13$ mois [$ÉT = 14,43$], $M = 52,20$ mois [$ÉT = 15,68$]). Pour pallier cette

différence, l'âge des enfants a été contrôlé dans les analyses. Notons également la possibilité d'un biais d'échantillonnage. En effet, les familles en situation de crise ou celles pour lesquelles l'alliance thérapeutique était très fragile n'ont pas été référées par les pédopsychiatres. Ainsi, les familles recrutées en pédopsychiatrie dans le cadre de ce projet sont possiblement celles qui présentent moins de facteurs de risque. La généralisation de nos résultats à l'ensemble des mères de jeunes enfants suivis en pédopsychiatrie est donc à éviter. Par ailleurs, le fait que les pères n'aient pas été pris en compte dans l'étude a pu limiter l'envergure de l'étude et l'interprétation des résultats et de futures études devraient également inclure la perception et le rôle des pères de façon à présenter le rôle parental et l'orientation mentale dans une perspective systémique familiale. Par exemple, la capacité des pères à nommer les états mentaux de leur enfant pourrait compenser la difficulté de certaines mères à y parvenir. De la même façon, un niveau de stress parental plus faible chez les pères et une bonne alliance coparentale pourraient soutenir les mères dans le rôle qu'elles jouent auprès de leur enfant. Enfin, le devis corrélationnel de l'étude n'a pas permis d'établir de lien de causalité entre les variables ni d'interpréter la direction du lien entre celles-ci.

En conclusion, l'étude a permis de mieux comprendre les liens entre l'OMM, le stress parental et la coparentalité chez des mères d'enfants de 2 à 6 ans qui consultent en pédopsychiatrie et chez des mères d'enfants tout-venant. Elle a démontré que les mères qui formulaient le plus de commentaires mentaux non pertinents au sujet des états mentaux de leur enfant étaient celles qui vivaient le plus de stress parental. Les résultats ont révélé des associations négatives entre le stress parental maternel et la coparentalité, mais aucune entre l'OMM et la coparentalité pour l'ensemble des mères. De plus, des différences entre les groupes de mères ont été observées concernant l'OMM et le stress parental, mais aucune différence n'a été relevée pour la coparentalité. Les mères d'enfants atteints de psychopathologie émettaient

plus de commentaires mentaux non pertinents sur les états mentaux de leur enfant et moins de commentaires sur leurs processus mentaux que les mères d'enfants tout-venant. Elles souffraient également d'un niveau de stress parental plus élevé que les mères tout-venant, avaient plus tendance à percevoir leur enfant comme étant difficile et étaient moins satisfaites de leurs interactions avec eux. Ensuite, l'étude a mis en lumière le fait que les mères du groupe tout-venant, contrairement aux autres, avaient tendance à formuler plus de commentaires sur les processus mentaux de leur enfant lorsqu'elles percevaient plus de difficultés dans leur relation.

Dans le cadre de recherches futures, il serait judicieux d'avoir recours à des échantillons plus larges et équivalents au niveau du sexe et de l'âge des enfants. Étant donné le peu d'études qui se sont intéressées aux mères qui consultent en pédopsychiatrie pour leur enfant et les spécificités de cette population au niveau de l'OMM et du stress parental, il serait pertinent de continuer à explorer les différents facteurs de risque présents dans leur vie (p. ex., la présence de trauma ou de psychopathologie chez les mères, leurs représentations d'attachement) et la façon dont ils s'agencent afin de mieux soutenir ces mères dans leur rôle parental. Il serait également important de poursuivre les recherches sur l'OMM, le stress parental et la coparentalité auprès des pères d'enfants qui consultent en pédopsychiatrie afin de mieux décrire et comprendre la façon dont s'articulent ces trois aspects pour eux et si cela diffère des mères. Un devis de recherche qui inclut à la fois les mères et les pères permettrait de mieux comprendre les dynamiques familiales et leur rôle sur le fonctionnement des parents et des enfants.

Enfin, considérant l'importance de la contribution de l'OMM dans le développement des enfants (Meins, 1997), il est primordial de soutenir les mères dont l'enfant consulte en pédopsychiatrie par des approches compréhensives et empathiques basées sur la mentalisation (Achim et al., 2020). Ces approches peuvent s'avérer très utiles afin de soutenir le développement et le déploiement de la capacité de mentalisation parentale lorsque des déficits à cet égard sont

observés chez les parents tel qu'il l'a été démontré chez les mères de la population clinique. En misant sur le développement de la capacité des mères à mieux se comprendre et à comprendre leur enfant, ces approches pourraient aussi contribuer à soutenir les mères dans leur adaptation au rôle de parent et ainsi, aider à atténuer le stress parental qu'elles éprouvent, ce qui leur permettrait de développer une relation mère-enfant suffisamment sécurisante et satisfaisante (Achim et al., 2020; Berthelot et al., 2019; Bisaillon et al., 2019; Éthier et al., 2000; Lemieux & Bisaillon, 2021).

Références

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298-301. doi: 10.1207/s15374424jccp1904_1
- Abidin, R. R. (1995). *Manual for the parenting stress index*. Odessa : Psychological Assessment Resources.
- Achim, J., Lebel, A., & Ensink, K. (2020). Qu'est-ce que mentaliser et comment se développe cette capacité? Dans J. Achim, A. Lebel., & K. Ensink (Éds), *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique : interventions thérapeutiques* (pp. 31-54). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. doi: 10.3917/dbu.achim.2020.01.0031
- Ainsworth, M. D., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds. Dans H. R. Schaffer (Éd.), *The origins of human social relations*. London: Academic Press. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED056742.pdf>
- Ainsworth, M. D., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. Dans B. M. Foss (Éd.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4, pp. 111-136). London: Methuen.
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice* (1^{re} éd.). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc. doi: 10.1176/appi.books.9781615370887
- Arnott, B., & Meins, E. (2007). Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 132-149. doi: 10.1521/bumc.2007.71.2.132
- Barak-Levy, Y., & Atzaba-Poria, N. (2020). A mediation model of parental stress, parenting, and risk factors in families having children with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 98, 103577. doi: 10.1016/j.ridd.2020.103577
- Barroso, N. E., Hungerford, G. M., Garcia, D., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2016). Psychometric properties of the Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) in a high-risk sample of mothers and their infants. *Psychological assessment*, 28(10), 1331. doi: 10.1037/pas0000257
- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 449-461. doi: 10.1007/s10802-017-0313-6
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2^e éd.). Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.

- Berger, M. (2017). Réflexions sur la construction des interdits. *Filigrane*, 26(2), 9-26. doi: 10.7202/1055357ar
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104065. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104065
- Bérubé-Beaulieu, É., Ensink, K., & Normandin, L. (2016). Fonctionnement réflexif de la mère et attachement de l'enfant : une étude prospective des liens avec la sensibilité et l'orientation mentale maternelle. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 7-28. doi: 10.7202/1040158ar
- Bigras, M., LaFrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). Indice de stress parental : Manuel francophone en complément de l'édition américaine. Toronto : Multi-Health Systems.
- Bisaillon, C., Richard-Fortier, Z., & Navarro, J. (2019). Le cercle de sécurité parental, ou l'importance d'améliorer les représentations parentales : deux études de cas. *Devenir*, 31(1), 55-68. doi: 10.3917/dev.191.0055
- Choi, J., & Becher, E. H. (2019). Supportive coparenting, parenting stress, harsh parenting, and child behavior problems in nonmarital families. *Family Process*, 58(2), 404-417. doi: 10.1111/famp.12373
- Colonnese, C., Zeegers, M. A. J., Majdandžić, M., Van Steensel, F. J. A., & Bögels, S. M. (2019). Fathers' and mothers' early mind-mindedness predicts social competence and behavior problems in childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(9), 1421-1435. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00537-2>
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314-332. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x
- Debbané, M. (2018). *Mentaliser : de la théorie à la pratique clinique* (2^e éd.). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. doi: 10.1016/S2590-2415(19)30097-2
- De Mendonça, J. S., Cossette, L., Strayer, F. F., & Gravel, F. (2011). Mother-child and father-child interactional synchrony in dyadic and triadic interactions. *Sex Roles: A Journal of Research*, 64(1-2), 132-142. doi: 10.1007/s11199-010-9875-2
- Demers, I., Bernier, A., & Tarabulsy, G. M. (2009). Représentations mentales maternelles : concepts et mesures liés à l'attachement. *Enfance*, 2(2), 207-222. doi: 10.4074/S0013754509002043
- Demers, I., Bernier, A., Tarabulsy, G. M., & Provost, M. A. (2010). Maternal and child characteristics as antecedents of maternal mind-mindedness. *Infant Mental Health Journal*, 31(1), 94-112. doi: 10.1002/imhj.20244

- Doan, S. N., & Wang, Q. (2010). Maternal discussions of mental states and behaviors: relations to emotion situation knowledge in European American and immigrant Chinese children. *Child Development, 81*(5), 1490-1503. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01487.x
- Dollberg, D. G., Hanetz Gamliel, K., & Levy, S. (2021). Mediating and moderating links between coparenting, parental mentalization, parents' anxiety, and children's behavior problems. *Journal of Family Psychology, 35*(3), 324-334. doi: 10.1037/fam0000728
- Dubois-Comtois, K., Pennestri, M.-H., Bernier, A., Cyr, C., & Godbout, R. (2019). Family environment and preschoolers' sleep: The complementary role of both parents. *Sleep Medicine, 58*, 114-122. doi: 10.1016/j.sleep.2019.03.002
- Dubois-Comtois, K., Sabourin-Guardo, É., Achim, J., Lebel, A., & Terradas, M. M. (2019). L'attachement et la mentalisation en pédopsychiatrie : une fenêtre sur le fonctionnement des enfants et de leurs parents. *Santé mentale au Québec, 44*(2), 195-217. doi: 10.7202/1073529ar
- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 118*(1), 108-132. doi: 10.1037/0033-2909.118.1.108
- Éthier, L. S., Couture, G., Lacharité, C., & Gagnier, J.-P. (2000). Impact of a multidimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect. *Child Abuse Review, 9*(1), 19-36. doi: 10.1002/(SICI)1099-0852(200001/02)9:1<19::AID-CAR584>3.0.CO;2-4
- Feinberg, M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(3), 173-195. doi: 10.1023/A:1019695015110
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science & Practice, 3*(2), 95-131. doi: 10.1207/S15327922PAR0302_01
- Feinberg, M. E., Brown, L. D., & Kan M. L., (2012). A multi-domain self-report measure of coparenting, parenting. *Parenting: Science & Practice, 12*(1), 1-21. doi: 10.1080/15295192.2012.638870
- Feldman, R., Eidelman, A. I., & Rotenberg, N. (2004). Parenting stress, infant emotion regulation, maternal sensitivity, and the cognitive development of triplets: A model for parent and child influences in a unique ecology. *Child Development, 75*(6), 1774-1791. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00816.x
- Floyd, F. J., Gilliom, L. A., & Costigan, C. L. (1998). Marriage and the parenting alliance: Longitudinal prediction of change in parenting perceptions and behaviors. *Child Development, 69*(5), 1461-1479. doi: 10.2307/1132278
- Floyd, F. J., & Zmich, D. E. (1991). Marriage and the parenting partnership: Perceptions and interactions of parents with mentally retarded and typically developing children. *Child Development, 62*(6), 1434-1448. doi: 10.2307/1130817

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press. doi: 10.4324/9780429471643
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218. doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 81(5), 853-873. doi: 10.1516/0020757001600165
- Frank, S. J., Jacobson, S., & Avery, C. (1988). *The family experiences questionnaire* [Document non publié]. Department of Psychology, Michigan State University, MI.
- Fuchs, A., Resch, F., Kaess, M., & Moehler, E. (2022). Early parenting stress links obstetric complications and child psychopathology in middle childhood in an at-risk sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 43(1), e48-e55. doi: 10.1097/DBP.00000000000000960
- Garelli, C., & Wendland, J. (2017). Aptitude à la mentalisation parentale, disposition à la conscience de soi et stress parental chez les mères d'enfants âgés de 1 à 4 ans. *Devenir*, 29(2), 105-123. doi: 10.3917/dev.172.0105
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2006). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 302-312. doi: 10.1207/s15374424jccp3502_14
- Haskett, M. E., Ahern, L. S., Ward, C. S., & Allaire, J. C. (2017). Factor structure and validity of the parenting stress index-short form: Corrigendum. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(1), 170. doi: 10.1080/15374416.2017.1274204
- Hayes, A. F. (2018). *An introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2^e éd.). New York: Guilford Press. doi: 10.1111/jedm.12050
- Hayes, S., & Watson, S. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 43(3), 629-642. doi: 10.1007/s10803-012-1604-y
- Holland, A. S., & McElwain, N. L. (2013). Maternal and paternal perceptions of coparenting as a link between marital quality and the parent-toddler relationship. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 117-126. doi: 10.1037/a0031427

- Holly, L. E., Fenley, A. R., Kritikos, T. K., Merson, R. A., Abidin, R. R., & Langer, D. A. (2019). Evidence-base update for parenting stress measures in clinical samples. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 685-705. doi: 10.1080/15374416.2019.1639515
- Illingworth, G., MacLean, M., & Wiggs, L. (2016). Maternal mind-mindedness: Stability over time and consistency across relationships. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(4), 488-503. doi: 10.1080/17405629.2015.1115342
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015 (EQEPE)*. <https://statistique.quebec.ca/fr/enquetes/realisees/enquete-quebecoise-sur-lexperience-des-parents-denfants-ages-de-0-a-5-ans>
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018*. Bibliothèque et archives nationales du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-violence-familiale-dans-la-vie-des-enfants-du-quebec-2018-les-attitudes-parentales-et-les-pratiques-familiales.pdf>
- Jessee, A., Mangelsdorf, S. C., Wong, M. S., Schoppe-Sullivan, S. J., Shigeto, A., & Brown, G. L. (2018). The role of reflective functioning in predicting marital and coparenting quality. *Journal of Child and Family Studies*, 27(1), 187-197. doi: 10.1007/s10826-017-0874-6
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., Sher, E., & Etzion-Carasso, A. (2002). Mother's insightfulness regarding their infant's internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment. *Developmental Psychology*, 38(4), 534-542. doi: 10.1037//0012-1649.38.4.534
- Kwon, K. A., Jeon, H. J., Lewsader, J. T., & Elicker, J. (2012). Mothers' and fathers' parenting quality and toddlers' interactive behaviours in dyadic and triadic family contexts. *Infant and Child Development*, 21(4), 356-373. doi: 10.1002/icd.1746
- Lacharité, C., Éthier, L., & Piché, C. (1992). Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire : validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 183-203. doi: 10.7202/502077ar
- Laranjo, J., Bernier, A., & Meins, E. (2008). Associations between maternal mind-mindedness and infant attachment security: Investigating the mediating role of maternal sensitivity. *Infant Behavior & Development*, 31(4), 688-695. doi: 10.1016/j.infbeh.2008.04.008
- Laranjo, J., Bernier, A., Meins, E., & Carlson, S. M. (2010). Early manifestations of children's theory of mind: The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment. *Infancy*, 15(3), 300-323. doi: 10.1111/j.1532-7078.2009.00014.x
- Laranjo, J., Bernier, A., Meins, E., & Carlson, S. M. (2014). The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment in predicting preschoolers' understanding of visual perspective taking and false belief. *Journal of Experimental Child Psychology*, 125, 48-62. doi: 10.1016/j.jecp.2014.02.005

- Larkin, F., Hayiou-Thomas, M. E., Arshad, Z., Leonard, M., Williams, F. J., Katseniou, N., Malouta, R. N., Marshall, C. R. P., Diamantopoulou, M., Tang, E., Mani, S., & Meins, E. (2020). Mind-mindedness and stress in parents of children with developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 600-612. doi: 10.1007/s10803-020-04570-9
- Lavoie, A. (2017). L'expérience des parents ayant un enfant atteint d'un problème de santé ou de développement. *Institut de la statistique du Québec*, 20. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-20-l'experiance-des-parents-ayant-un-enfant-atteint-dun-probleme-de-sante-ou-de-developpement.pdf>
- Lemieux, N., & Bisailon, C. (2021). Le Cercle de sécurité parental, une intervention prometteuse pour le développement de la fonction réflexive parentale. *Devenir*, 33, 341-361. doi: 10.3917/dev.214.0341
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (1987). *Statistical analysis with missing data*. New York: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9781119013563
- Lundy, B. L. (2003). Father and mother-infant face-to-face interactions: Differences in mind-related comments and infant attachment? *Infant Behavior & Development*, 26(2), 200-212. doi: 10.1016/S0163-6383(03)00017-1
- Martin, M. J., Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., Romero, C. V., & Buckholz, A. (2017). A process model of the implications of spillover from coparenting conflicts into the parent-child attachment relationship in adolescence. *Development and Psychopathology*, 29(2), 417-431. doi: 10.1017/S0954579417000086
- McMahon, C. A., & Bernier, A. (2017). Twenty years of research on parental mind-mindedness: Empirical findings, theoretical and methodological challenges, and new directions. *Developmental Review*, 46, 54-80. doi: 10.1016/j.dr.2017.07.001
- McMahon, C. A., & Meins, E. (2012). Mind-mindedness, parenting stress, and emotional availability in mothers of preschoolers. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(2), 245-252. doi: 10.1016/j.ecresq.2011.08.002
- Meins, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.
- Meins, E. (2013). Sensitive attunement to infants' internal states: Operationalizing the construct of mind-mindedness. *Attachment & Human Development*, 15(5-6), 524-544. doi: 10.1080/14616734.2013.830388
- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 Months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648. doi: 10.1111/1469-7610.00759

- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1-24. doi: 10.1111/1467-9507.00047
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74(4), 1194-1211. doi: 10.1111/1467-8624.00601
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Gupta, M. D., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development*, 73(6), 1715-1726. doi: 10.1111/1467-8624.00501
- Merrifield, K. A., & Gamble, W. C. (2013). Associations among marital qualities, supportive and undermining coparenting, and parenting self-efficacy: Testing spillover and stress-buffering processes. *Journal of Family Issues*, 34(4), 510-533. doi: 10.1177/0192513X12445561
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moss, E., Tarabulsky, G. M., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Bernier, A., & St-Laurent, D.. (2018) Development and Validation of the Attachment Video-feedback Intervention Program. In: Steele H, Steele M, Eds. *Handbook of Attachment Based Interventions* (pp. 318-338). Guilford Press.
- Peltz, J. S., Rogge, R. D., & Sturge-Apple, M. L. (2018). Transactions within the family: Coparenting mediates associations between parents' relationship satisfaction and the parent-child relationship. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 553-564. doi: 10.1037/fam0000413
- Petersen, I. T., Bates, J. E., D'Onofrio, B. M., Coyne, C. A., Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & van Hulle, C. A. (2013). Language ability predicts the development of behavior problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 542-557. doi: 10.1037/a0031963
- Salmon, K., O'Kearney, R., Reese, E., & Fortune, C.-A. (2016). The role of language skill in child psychopathology: Implications for intervention in the early years. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(4), 352-367. doi: 10.1007/s10567-016-0214-1
- Seah, C. K. F., & Morawska, A. (2016). When mum is stressed, is dad just as stressed? Predictors of paternal stress in the first six months of having a baby. *Infant Mental Health Journal*, 37(1), 45-55. doi: 10.1002/imhj.21546
- Shai, D., & Belsky, J. (2011). When words just won't do: Introducing parental embodied mentalizing. *Child Development Perspectives*, 5(3), 173-180. doi: 10.1111/j.1750-8606.2011.00181.x

- Shai, D., Dollberg, D., & Szepeswol, O. (2017). The importance of parental verbal and embodied mentalizing in shaping parental experiences of stress and coparenting. *Infant Behavior & Development*, 49, 87-96. doi: 10.1016/j.infbeh.2017.08.003
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281. doi: 10.1080/14616730500245906
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan, M. (2004). *The Parent Development Interview – Revised. Unpublished protocol*. New York, NY: The City University of New York.
- Stallman, H. M., & Ohan, J. L. (2016). Parenting style, parental adjustment, and co-parental conflict: differential predictors of child psychosocial adjustment following divorce. *Behaviour Change*, 33(2), 112-126. doi: 10.1017/bec.2016.7
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Hostility and withdrawal in marital conflict: Effects on parental emotional unavailability and inconsistent discipline. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 227-238. doi: 10.1037/0893-3200.20.2.227
- Suttora, C., Salerni, N., Selvagno, E., Porro, M., Gangi, S., Squarza, C., Gardon, L., & Picciolini, O. (2020). Mind-mindedness and parenting stress in mothers of preterm and full-term infants: The moderating role of perceived social support. *Infant Mental Health Journal*, 42(1), 35-46. doi: 10.1002/imhj.21891
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4^e éd.). Boston: Allyn and Bacon.
- Taumoepeau, M., & Ruffman, T. (2006). Mother and infant talk about mental states relates to desire language and emotion understanding. *Child Development*, 77(2), 465-481. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00882.x
- Taumoepeau, M., & Ruffman, T. (2008). Stepping stones to others' minds: Maternal talk relates to child mental state language and emotion understanding at 15, 24, and 33 months. *Child Development*, 79(2), 284-302. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01126.x
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*, 10(4), 286-307. doi: 10.1080/15295192.2010.492040
- Theule, J., Cheung, K., & Aberdeen, K. (2018). Children's ADHD interventions and parenting stress: A meta-analysis. *Journal of Child & Family Studies*, 27(9), 2744-2756. doi: 10.1007/s10826-018-1137-x

- Troller-Renfree, S. et Fox, N. A. (2017). Sensitive periods of development : Implications for risk and resilience. Dans J. L. Luby (Éd.) *Handbook of preschool mental health : Development, disorders, and treatment*, Second edition (pp. 3-26). New York : The Guilford Press.
- Urfer, F.-M., Achim, J., Terradas, M. M., & Ensink, K. (2014). Capacité de mentalisation parentale et problématiques pédopsychiatriques : perspectives théorique et clinique. *Devenir*, 26(3), 227-251. doi: 10.3917/dev.143.0227
- van Egeren, L. A., & Hawkins, D. (2004). Coming to terms with coparenting: Implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11, 165-178. doi: 10.1023/B:JADE.0000035625.74672.0b
- Walker, T. M., Wheatcroft, R., & Camic, P. M. (2012). Mind-mindedness in parents of preschoolers: A comparison between clinical and community samples. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 318-335. doi: 10.1177/1359104511409142
- Ward, K. P., & Lee, S. J. (2020). Mothers' and fathers' parenting stress, responsiveness, and child wellbeing among low-income families. *Children and Youth Services Review*, 116, 105218. doi: 10.1016/j.childyouth.2020.105218
- Whiteside-Mansell, L., Ayoub, C., McKelvey, L., Faldowski, R. A., Hart, A., & Shears, J. (2007). Parenting stress of low-income parents of toddlers and preschoolers: Psychometric properties of a short form of the parenting stress index. *Parenting: Science and practice*, 7(1), 27-56. doi: 10.1207/s15327922par0701_2
- Winnicott, D. (1966). *La mère ordinaire normalement dévouée*. Paris : Broché.
- Winnicott, D. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.
- Yatziv, T., Gueron-Sela, N., Meiri, G., Marks, K., & Atzaba-Poria, N. (2018). Maternal mentalization and behavior under stressful contexts: The moderating roles of prematurity and household chaos. *Infancy*, 23(4), 591-615. doi: 10.1111/inf.12233
- Yatziv, T., Kessler, Y., & Atzaba-Poria, N. (2018). What's going on in my baby's mind? Mothers' executive functions contribute to individual differences in maternal mentalization during mother-infant interactions. *Plos One*, 13(11), e0207869. doi: 10.1371/journal.pone.0207869
- Zeegers, M. A. J., Colonnaesi, C., Stams, G.-J. J. M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245-1272. doi: 10.1037/bul0000114

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques des dyades mère-enfant de l'échantillon*

	Échantillon total (<i>N</i> = 64) <i>M</i> (<i>ÉT</i>)	Groupe clinique (<i>n</i> = 39) <i>M</i> (<i>ÉT</i>)	Groupe tout-venant (<i>n</i> = 25) <i>M</i> (<i>ÉT</i>)	Différence de groupes <i>t</i>
Âge mères (années)	34,14 (4,68)	34,22 (5,23)	34,01 (3,75)	0,17
Âge enfants (mois)	57,00 (15,30)	60,13 (14,43)	52,20 (15,68)	2,07*
	%	%	%	χ^2
Sexe enfant				8,86*
Fille	37,5	23,1	60,0	
Garçon	62,5	76,9	40,0	
Scolarité mère				2,60
Secondaire 5 ou moins	9,4	10,3	8,0	
Professionnel/Cégep	39,1	46,2	28,0	
Université	51,6	43,6	64,0	
Revenu familial				5,76
Moins de 39 999 \$	17,2	20,5	12,0	
40 000 à 79 999 \$	25,0	33,3	12,0	
80 000 \$ et plus	57,8	46,2	76,0	
Statut civil mère				1,26
Célibataire	23,4	28,2	16,0	
En couple	76,6	71,8	84,0	

* $p < 0,05$.

Tableau 2

Analyses corrélationnelles entre l'orientation mentale maternelle, le stress parental et la coparentalité pour les dyades mère-enfant de l'échantillon

Variables	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. CMP ¹	0,94	0,27	-										
2. CM non pertinents ¹	0,05	0,46	-,04	-									
3. CMP état mental ¹	0,76	0,29	,85**	,05	-								
4. CMP processus mentaux ¹	0,22	0,47	,57**	-,18	,10	-							
5. Enfant difficile	35,84	10,00	,04	,23	,13	-,19	-						
6. Détresse parentale	27,41	8,45	,03	,18	,04	,01	,45**	-					
7. Interactions dysfonctionnelles	21,97	5,94	-,05	,05	-,08	,01	,61**	,48**	-				
8. Conflit sur la discipline	2,73	0,55	,03	,04	,07	-,10	-,32*	-,46**	-,34**	-			
9. Responsabilité partagée	3,12	0,70	,08	,04	,09	-,01	-,01	-,26*	,00	,55**	-		
10. Résolution positive ¹	5,31	0,00	,06	-,05	,06	-,08	-,05	-,36**	-,05	,60**	,84**	-	
11. Âge de l'enfant (en mois)	57,03	15,31	-,23	-,03	-,35**	,06	,25	,27*	,37**	-,07	-,16	,03	-
12. Âge de la mère (en années)	34,14	4,68	-,03	,08	-,03	,06	,09	,03	,23	-,05	,10	-,04	,01

Note. CM = commentaires mentaux; CMP = commentaires mentaux pertinents.

¹ Valeurs qui ont subi une transformation logarithmique

* $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Tableau 3

Comparaison des variables de stress parental et de coparentalité en fonction de l'état civil des mères de l'échantillon

	<i>t</i>	En couple <i>M (ÉT)</i>	Célibataire <i>M (ÉT)</i>
Enfant difficile	-2,05*	37,22 (9,82)	31,33 (9,51)
Détresse parentale	-2,23*	28,67 (8,40)	23,27 (7,45)
Interactions dysfonctionnelles	-2,06*	22,80 (6,14)	19,27 (4,43)
Conflit sur la discipline	0,26	2,72 (0,52)	2,76 (0,68)
Responsabilités partagées	-4,32***	3,30 (0,45)	2,52 (0,98)
Résolution positive ¹	-3,43**	5,31 (0,00)	5,31 (0,00)

¹ Valeurs qui ont subi une transformation logarithmique

* $p < ,05$. ** $p < ,01$, *** $p < ,001$.

Tableau 4

Analyses de variance entre le revenu familial, le stress parental et la coparentalité pour les dyades mère-enfant de l'échantillon

Sources de variation	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	< 40 000 \$ <i>M (ÉT)</i>	40 000 à 80 000 \$ <i>M (ÉT)</i>	> 80 000 \$ <i>M (ÉT)</i>
Enfant difficile	2	369,12	4,05*	29,55 (10,23)	40,19 (9,17)	35,84 (9,48)
Détresse parentale	2	143,14	2,07	25,90 (8,68)	31,06 (8,83)	26,27 (7,98)
Interactions dysfonctionnelles	2	110,60	3,36*	19,45 (4,86)	24,84 (6,60)	21,43 (5,56)
Conflit sur la discipline	2	1,46	5,42**	2,86 (0,58)	2,36 (0,59)	2,84 (0,47)
Responsabilités partagées	2	4,06	11,03***	2,57 (0,90)	2,80 (0,73)	3,40 (0,41)
Résolution positive ¹	2	0,00	6,71**	5,31 (0,00)	5,31 (0,00)	5,31 (0,00)
Résiduel	61					
Total	63					

¹ Valeurs qui ont subi une transformation logarithmique.

* $p < ,05$. ** $p < ,01$, *** $p < ,001$.

Tableau 5

Corrélations partielles² entre l'OMM, le stress parental et la coparentalité pour les dyades mère-enfant de l'échantillon

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. CMP ¹	-									
2. CM non pertinents ¹	-,06	-								
3. CMP état mental ¹	,84***	,06	-							
4. CMP processus mentaux ¹	,59***	-,21	,14	-						
5. Enfant difficile	,10	,29*	,22	-,22	-					
6. Détresse parentale	,13	,26*	,15	,07	,38**	-				
7. Interactions dysfonctionnelles	,04	,11	,04	,02	,55***	,38**	-			
8. Conflit sur la discipline	,00	,03	,05	-,14	-,33**	-,46***	-,33**	-		
9. Responsabilités partagées	,02	,11	-,00	-,04	-,14	-,40***	-,06	,65	-	
10. Résolution positive ¹	,05	-,01	,05	-,11	-,20	-,53	-,18	,67	,81	,05

Note. CM = commentaires mentaux; CMP = commentaires mentaux pertinents.

¹ Valeurs qui ont subi une transformation logarithmique; ²En contrôlant pour l'âge de l'enfant, l'état civil de la mère et le revenu familial.

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$.

Tableau 6*Analyses de covariance multivariée selon le groupe d'appartenance des mères*

Sources de variation	<i>dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	Groupe clinique (<i>n</i> = 39) <i>M</i> (<i>ÉT</i>)	Groupe tout-venant (<i>n</i> = 25) <i>M</i> (<i>ÉT</i>)
CMP ¹	1	0,02	0,34	0,93 (0,29)	0,95 (0,24)
CM non pertinents ¹	1	1,70	9,21**	0,18 (0,46)	-0,16 (0,37)
CMP état mental ¹	1	0,25	3,34	0,78 (0,32)	0,73 (0,25)
CMP processus mentaux ¹	1	1,25	5,98*	0,10 (0,45)	0,40 (0,44)
Enfant difficile	1	1973,50	31,50**	40,13 (8,42)	29,16 (8,58)
Détresse parentale	1	6,14	0,10	28,43 (8,75)	25,8 (7,87)
Interactions dysfonctionnelles	1	219,36	8,08**	23,77 (5,96)	19,16 (4,80)
Conflit sur la discipline	1	0,08	0,25	2,72 (0,63)	2,72 (0,43)
Responsabilités partagées	1	0,50	1,52	3,08 (0,70)	3,17 (0,70)
Résolution positive ¹	1	5,77	0,70	5,31 (0,00)	5,31 (0,00)
Résiduel	60				
Total	64				

Note. CM = commentaires mentaux; CMP = commentaires mentaux pertinents. Covariables : l'âge de l'enfant, l'état civil et le revenu familial de la mère.

¹ Valeurs qui ont subi une transformation logarithmique

* $p < ,05$, ** $p < ,01$.