

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
KARINE GRENIER

L'EFFET DE LA DÉPRESSION MATERNELLE  
SUR LE COPING DE L'ENFANT

MARS 2000

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

La dépression est un trouble qui affecte les différentes sphères de la vie d'un individu (personnelle, familiale, sociale et professionnelle). De nombreux auteurs reconnaissent l'importance de la relation mère-enfant dans le développement humain. Cela nous amène à croire qu'une dépression chez la mère provoquerait de graves perturbations dans la vie de son enfant. En effet, Weissman, Prusoff, Gammon, Merikangas, Leckman, & Kidd (1984) soulignent que les enfants de parents dépressifs reçoivent trois fois plus de diagnostics psychiatriques que les enfants de parents non dépressifs. La dépression affecte également les stratégies d'adaptation (coping) d'un individu. Dans cette étude, nous nous intéressons à l'influence de la dépression maternelle sur le coping de l'enfant. Pour ce faire, nous avons formulé quatre hypothèses : 1) les enfants de mères dépressives présentent un taux plus élevé de dépression que les enfants de mères non dépressives ; 2) les enfants de mères dépressives présentent davantage de troubles extériorisés de la conduite que les enfants de mères non dépressives ; 3) il n'y a pas de différence entre les enfants de mères dépressives et les enfants de mères non dépressives quant à la fréquence d'utilisation des stratégies de coping ; 4) les enfants de mères dépressives ont une perception plus négative de l'efficacité des stratégies de coping qu'ils utilisent que les enfants de mères non dépressives. Nous évaluons deux échantillons distincts : le groupe contrôle provient de quatre classes de la commission scolaire du Centre-de-la-Mauricie (n=85), alors que le groupe expérimental est issu de la clinique externe de psychiatrie de

Shawinigan (n=22). Dans un premier temps, nous avons rencontré les enfants et nous leur avons administré le *Schoolagers' Coping Strategies Inventory* (SCSI ; Ryan, 1990) pour évaluer leurs stratégies d'adaptation ainsi que le *Children Depression Inventory* (CDI ; Kovacs, 1982) afin de déceler la présence de troubles dépressifs chez ceux-ci. Ensuite, les mères devaient répondre au *Child Behavior Checklist* (CBCL ; Achenbach & Edelbrock, 1983) afin d'évaluer les troubles de comportement de leur enfant. Les mères du groupe contrôle devaient également répondre au *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, 1978) afin de pouvoir écarter de notre échantillon celles qui souffraient de dépression. Les résultats ont été traités à l'aide d'analyses de comparaison de moyenne (test-t) et d'analyses de variance (ONEWAY). Les principaux résultats révèlent qu'il n'y a pas de différence significative entre les enfants de mères dépressives et les enfants de mères non dépressives quant au taux de dépression chez l'enfant. Il n'y a pas de différence entre ces deux groupes d'enfants par rapport à la perception de l'efficacité des stratégies de coping qu'ils utilisent. Comme nous l'avions anticipé, les résultats n'indiquent pas non plus de différence entre nos groupes quant à la fréquence d'utilisation des stratégies de coping. Les résultats révèlent cependant que les enfants de mères dépressives présentent un taux plus élevé de troubles extériorisés de la conduite que les enfants de mères non dépressives.

## Table des matières

Sommaire -----	ii
Table des matières -----	iv
Liste des tableaux -----	vi
Remerciements -----	vii
Introduction -----	1
Chapitre Un : Contexte théorique -----	5
1. Dépression -----	6
1.1. Définition générale -----	6
1.2. Dépression chez l'enfant -----	9
1.3. Liens entre la dépression parentale et la psychopathologie chez l'enfant -----	13
1.4. Influences de la dépression maternelle chez l'enfant -----	16
2. Troubles extériorisés du comportement -----	20
2.1. Définition générale -----	20
2.2. Liens entre la dépression parentale et les troubles extériorisés de la conduite chez l'enfant -----	25
2.3. Relation réciproque entre la dépression maternelle et l'ajustement de l'enfant -----	26
2.4. Autres facteurs reliés à l'émergence des troubles du comportement -----	28
3. Coping -----	32
3.1. Définition générale -----	32

3.2. Spécificité du coping chez l'enfant -----	34
3.3. Rôle du coping dans l'adaptation -----	35
3.4. Vécu familial et apprentissage du coping chez l'enfant -----	37
3.5. Stratégies de coping et dépression -----	41
Objectifs de recherche et hypothèses -----	47
 Chapitre Deux : Méthode -----	48
Instruments de mesure -----	50
L'Inventaire de Dépression de Beck (BDI) -----	50
Le <i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL) -----	54
Le <i>Children Depression Inventory</i> (CDI) -----	56
Le <i>Schoolagers' Coping Strategies Inventory</i> (SCSI) -----	59
Déroulement -----	62
Variables d'étude -----	64
Chapitre Trois : Résultats -----	65
Présentation des résultats -----	68
Analyses exploratoires -----	76
Chapitre Quatre : Discussion -----	79
Conclusion -----	90
Références -----	95
Appendice -----	110
Appendice A : Questionnaire <i>Schoolagers' Coping Strategies Inventory</i> -----	111

Liste des tableaux

Tableau 1 : Résultats comparatifs des niveaux de dépression et de troubles extériorisés du comportement dans les deux groupes d'enfants -----	70
Tableau 2 : Résultats comparatifs des deux groupes d'enfants à la mesure de coping -----	73
Tableau 3 : Pourcentage des participants disant utiliser les stratégies de coping « souvent » ou « la plupart du temps » -----	75-76
Tableau 4 : Répartition de l'utilisation des stratégies de coping en lien avec la dépression chez l'enfant et son appartenance au groupe expérimental ou contrôle -----	78

### Remerciements

Je désire d'abord remercier ma directrice de recherche, Madame Jocelyne Pronovost Ph.D., professeure au département de psychoéducation de l'UQTR. J'ai beaucoup apprécié sa grande disponibilité, son encouragement ainsi que les judicieux conseils qu'elle m'a prodigués tout au long de la réalisation de ce travail.

Des remerciements sont également adressés à Madame Danielle Leclerc, assistante de recherche au département de psychoéducation, pour sa patience et pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée lors des analyses statistiques.

Je remercie la commission scolaire du Centre-de-la-Mauricie, plus particulièrement Monsieur Pierre Larose, ainsi que la clinique externe de psychiatrie de Shawinigan pour leur collaboration à cette étude.

Je voudrais également souligner que ce mémoire fait partie de la programmation scientifique de l'Institut universitaire sur les jeunes en difficulté. Je voudrais les remercier pour leur soutien financier.

Enfin, je tiens à témoigner ma gratitude à ma famille, à Patricia et plus spécialement à mon conjoint Patrick, pour leur soutien moral constant.

## Introduction

Dans le développement humain, la relation mère-enfant est l'un des déterminants les plus importants. Bowlby (1951 tiré de Bowlby, 1978) souligne qu'il est fondamental pour l'équilibre mental d'un enfant d'avoir une relation chaleureuse et ce, de façon continue, avec sa mère. Il ajoute que bien des troubles psychopathologiques seraient rattachés à la privation des soins de la mère ou aux intermittences de la relation avec celle-ci.

Étant donné l'importance de cette relation, nous pouvons présumer qu'une dépression chez la mère aurait de graves conséquences dans la vie de son enfant. En effet, depuis quelques années, plusieurs auteurs observent que certaines expériences parent-enfant, et plus particulièrement celle d'être un enfant de parent dépressif, sont liées à des risques plus élevés de difficultés d'ajustement émotionnel, de psychopathologie ainsi que de dépression (Beardslee et al., 1983 ; Billings & Moos, 1983 ; Burbach & Borduin, 1986 ; Hammen et al., 1987 ; Weissman et al., 1984, 1987). Une mère aux prises avec un trouble dépressif deviendrait trop absorbée par ses propres problèmes et s'avèrerait alors moins disponible pour subvenir adéquatement aux besoins de son enfant. Ainsi, une variété d'écoles de pensées (psychodynamique, cognitive, développementale) présume que la vulnérabilité à la dépression et au dysfonctionnement général chez un individu provient d'un sentiment d'être inadéquat et

d'un faible estime de soi résultant des relations avec un parent critique ou non disponible (Arieti & Bemporad, 1980 ; Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986 ; Guidano & Liotti, 1983). Plusieurs problèmes sont observés chez l'enfant en association avec la dépression maternelle : désordres affectifs, difficultés comportementales, fonctionnement général appauvri, problèmes d'estime de soi et culpabilité.

On observe que la dépression affecte les stratégies d'adaptation d'un individu. En effet, Kennedy, Spence et Hensley (1989) notent que les enfants qui souffrent de troubles dépressifs démontrent des habiletés sociales déficientes, des pauvres relations avec leurs pairs et des habiletés réduites de résolution de problèmes interpersonnels. Le coping réfère aux diverses stratégies d'adaptation qu'un individu utilise pour affronter les situations stressantes de la vie quotidienne. Étant donné que les enfants de mères dépressives pourraient faire face à plus de situations stressantes que les enfants de mères non dépressives (Billings & Moos, 1983), il serait intéressant d'observer les stratégies de coping qu'ils utilisent.

L'objectif de la présente recherche est double. Tout d'abord nous allons vérifier si la dépression maternelle est reliée à la présence de dépression et de troubles extériorisés de la conduite chez l'enfant. Ensuite, nous évaluerons l'effet de la dépression maternelle sur le coping de son enfant.

Le premier chapitre de notre étude se divise en deux parties. D'une part, nous abordons les conséquences d'une dépression maternelle qui se traduisent par un risque de trouble dépressif ou de troubles extériorisés de la conduite. D'autre part, nous nous questionnons sur les façons qu'ont les enfants de s'adapter aux différents stresseurs de la vie quotidienne. Le deuxième chapitre s'attarde à la méthodologie utilisée. Le chapitre suivant présente les différentes analyses statistiques employées, ainsi que les résultats rattachés à celles-ci. Le chapitre discussion, quant à lui, fournit des explications aux résultats obtenus. En fait, nous mettons en relation ces résultats avec les écrits recensés au premier chapitre. Enfin, la conclusion vient mettre un terme à ce travail en résumant l'essentiel de la recherche.

Chapitre Un :

Contexte théorique

## 1. Dépression

### 1.1 Définition générale

La dépression est un désordre affectif dans lequel on retrouve des périodes prolongées de tristesse et des difficultés à avoir du plaisir. On observe à la fois des signes végétatifs (par exemple, dérangement dans le cycle du sommeil) et des symptômes psychologiques. Les symptômes psychologiques majeurs sont les sentiments de culpabilité, d'indignité et une faible estime de soi (Spitzer & Endicott, 1978 tiré de Zahn-Waxler, Kochanska, Krupnick & McKnew, 1990). Beck (1977) prétend qu'il existe deux types de dépression. La dépression endogène est essentiellement causée par des dérangements biologiques dans l'organisme tandis que la dépression exogène, ou dépression réactive, est provoquée par des stress extérieurs. Cependant, depuis une dizaine d'années, on se dirige plutôt vers l'idée d'un continuum entre ces deux types de dépression où ne différerait que l'intensité des symptômes. En effet, dans le DSM IV, les dépressions sont réunies dans le même chapitre et divisées en fonction de leur intensité et de leur durée. Dans le DSM IV, une période de deux semaines d'humeur dysphorique ainsi qu'une perte d'intérêt ou de plaisir sont requises pour diagnostiquer une dépression majeure. De plus, on doit pouvoir observer la présence de quatre autres

symptômes parmi les suivants : 1) perte ou gain significatif de poids ; 2) dérangement dans l'appétit ; 3) insomnie ou hypersomnie ; 4) agitation ou ralentissement psychomoteur ; 5) fatigue ou perte d'énergie ; 6) sentiment d'indignité ; 7) culpabilité excessive ; 8) diminution de la concentration ; 9) idées suicidaires récurrentes ou tentative de suicide (American Psychiatric Association, 1994).

Beck (1977) présente trois manifestations de la dépression : 1) émotionnelle, 2) cognitive et 3) physique et végétative. Le terme manifestation émotionnelle fait référence aux changements dans les sentiments du patient ou aux changements dans son comportement directement attribuables à son état émotionnel. Les manifestations émotionnelles comprennent l'humeur dépressive, la haine de soi, la perte des gratifications, la perte de l'attachement, les crises de larmes et la perte de la réponse de plaisir. Les manifestations physiques et végétatives de la dépression incluent la perte d'appétit, les troubles du sommeil, la perte de libido et une grande fatigue. Enfin, les manifestations cognitives de la dépression font référence à une faible estime de soi, à de l'indécision, à une image de soi distorsionnée, à la perte de la motivation et à des idées suicidaires.

Les symptômes d'un épisode dépressif majeur sont les mêmes pour les enfants, les adultes et les personnes âgées, sauf que la prédominance des symptômes caractéristiques peut changer avec l'âge. Ainsi, certains symptômes comme les plaintes somatiques, l'irritabilité, les pleurs et le retrait social sont plus particulièrement communs aux enfants

alors que le ralentissement psychomoteur, l'hypersomnie et les désillusions sont plus souvent retrouvés à l'adolescence et à l'âge adulte (Strober et al., 1981 ; Friedman et al., 1983 ; Carlson & Kashani, 1988). Chez les enfants pré-pubaires, les épisodes de dépression majeure se présentent plus fréquemment en association avec d'autres troubles mentaux, spécialement avec les troubles du comportement, les troubles de l'attention et les troubles anxieux (Angold & Costello, 1993). Il est donc faux de croire que les enfants ne souffrent que de dépressions légères et transitoires. En fait, les désordres qui se manifestent tôt dans la vie peuvent laisser soupçonner une forte vulnérabilité chez l'enfant (Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas & Finkelstein, 1984a).

On n'a pas toujours accepté que la dépression soit une pathologie applicable aux enfants. En effet, la plus vieille école de pensée suggère que la dépression, en tant que désordre similaire à celui vécu chez l'adulte, n'existe pas chez l'enfant. Dans la pensée psychanalytique de l'époque, on croit que la dépression ne peut pas survenir avant l'adolescence, moment où le surmoi est plus développé. La seconde période de pensée dit que l'enfant peut développer une dépression mais, en plus de la symptomatologie adulte, on retrouve des symptômes uniques à l'enfant (Frommer, 1968 ; Poznanski, Krahenbuhl & Zroll, 1976 ; Kuhn & Kuhn, 1972 tirés de Speier, Sherak, Hirsch & Cantwell, 1995). Le troisième point de vue ressemble beaucoup au précédent. Il soutient que la dépression chez l'enfant présente un portrait très différent de celle chez l'adulte. On l'appelle la dépression masquée (Toolen, 1962 ; Glaser, 1968 ; Cytryn & McKnew,

1972, 1980 tirés de Speier et al., 1995). Enfin, depuis les 20 dernières années, on observe l'émergence d'un quatrième point de vue qui accepte la dépression chez l'enfant. Cette théorie rend possible l'utilisation des critères de base chez les adultes pour diagnostiquer la dépression chez les enfants et chez les adolescents (Spitzer, Endicott & Robins, 1977 tiré de Speier et al., 1995).

## 1.2 Dépression chez l'enfant

Les enfants font souvent face à des situations stressantes. Lorsqu'ils se retrouvent devant ces situations, certains enfants demeurent persistants et motivés et essaient une multitude de solutions à leurs problèmes. D'autres réagissent par le comportement que Seligman (1975) a appelé la *résignation acquise*. Ces enfants résignés deviennent passifs, ils ne persistent pas à la tâche, ils ne génèrent pas de solutions adéquates aux problèmes auxquels ils font face, ils perdent leur motivation et leur enthousiasme pour prendre en charge de nouvelles situations et ils parlent de façon pessimiste de leurs habiletés à accomplir des tâches (Dweck, 1975).

Actuellement, il n'y a pas de façon de savoir si un enfant qui développe un désordre affectif le fait génétiquement ou à cause des effets psychosociaux étant donné que beaucoup d'enfants qui souffrent de dépression sont exposés à la fois à des stresseurs psychosociaux et à une influence génétique de la part de parents dépressifs (Beardslee,

1990 ; Downey & Coyne, 1990). La plus simple des explications est la transmission génétique. Cependant, les études suggèrent qu'il y a d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte : l'environnement, la socialisation et les effets d'interactions (Rutter & Quinton, 1984).

Puig-Antich et al. (1985a) comparent le fonctionnement psychosocial d'un groupe d'enfants souffrant de dépression majeure, d'un groupe d'enfants souffrant de désordres psychiatriques non dépressifs (principalement des troubles anxieux) et d'un groupe contrôle. En comparaison avec le groupe contrôle, ils observent que les enfants dépressifs ont des détériorations significatives dans leurs performances académiques et dans les relations avec leurs parents, leurs fratries et leurs professeurs. Nolen-Hoeksema (1990) remarque qu'avant la puberté, les garçons ont plus tendance à recevoir un diagnostic de dépression que les filles. Cependant, aussitôt que la puberté est atteinte, ces statistiques changent significativement. Parmi des adolescents âgés de 14 à 18 ans, on retrouve plus de filles dépressives que de garçons. Beardslee, Keller, Lavori, Klerman, Dorer & Samuelson (1988) ont noté, chez 153 enfants âgés entre 6 et 9 ans provenant de 81 familles, que la psychopathologie est observée chez 64% des enfants de parents ayant une histoire de désordre affectif, chez 53% des enfants dont les parents ont des désordres non affectifs et chez 35% des parents n'ayant aucune histoire de diagnostic psychiatrique.

Bowlby (1951 tiré de Bowlby, 1978) soutient qu'il est essentiel à l'équilibre mental du nourrisson et du petit enfant qu'il puisse vivre, de façon continue, une relation empreinte de chaleur avec sa mère et dans laquelle tous les deux trouvent le bonheur et la satisfaction. À cette affirmation de Bowlby, d'autres constats furent ajoutés qui nous amènent à croire que bien des troubles psychiatriques sont rattachés à la privation des soins de la mère ou aux irrégularités de la relation de l'enfant avec sa figure maternelle. En effet, une mère peut être présente physiquement mais absente émotionnellement, ce qui veut dire qu'elle peut demeurer insensible aux besoins de son enfant. Une variété de théories (psychodynamique, cognitive et développementale) estiment que la vulnérabilité à la dépression et au dysfonctionnement général résulte d'un sentiment d'être inadéquat et d'une faible estime de soi provenant des relations avec un parent critique ou non disponible (Arieti & Bemporad, 1980 ; Cicchetti & Schneider-Rosen, 1986 ; Guidano & Liotti, 1983).

Parke, MacDonald, Beitel et Bhavnagri (1988 tiré de Dodge, 1990) ont observé trois façons par lesquelles les parents exercent une influence sur le développement social de leurs enfants. L'une de ces façons se retrouve dans l'interaction dyadique avec l'enfant. Celui-ci apprend à devenir socialement compétent en imitant et en modelant les expressions émotionnelles, les stratégies de résolutions de problèmes et les styles cognitifs démontrés par les parents lors des interactions. Lorsque les parents modèlent

des comportements déviants, les enfants acquièrent des patterns de comportements dysfonctionnels à travers le modeling (Field, 1977, 1984 tiré de Dodge, 1990).

Lorsque le parent se sent insécuré, désintéressé et en besoin, il est difficile pour un enfant de grandir en s'adaptant et en s'intégrant à l'environnement social. Les enfants qui deviennent trop impliqués dans les problèmes de leurs parents peuvent être privés de leurs expériences ludiques avec leurs pairs. Ces expériences de jeu sont considérées comme très importantes pour l'acquisition des compétences sociales, du développement moral et elles sont le point de départ de l'expression saine de la culpabilité et des responsabilités dans les relations interpersonnelles (Zahn-Waxler, Kochanska, Krupnick & McKnew, 1990). Les enfants qui deviennent trop impliqués dans les difficultés de leurs parents et ce, trop tôt dans leur développement, et qui expérimentent des sentiments de culpabilité, peuvent développer une tendance à se protéger ou à se distancer de la détresse des autres. Cela peut avoir des répercussions dans la qualité de leurs relations interpersonnelles. Cela peut également les placer à risque pour une dépression étant donné que leurs sentiments de responsabilité et de culpabilité continuent de demeurer irrésolus (Zahn-Waxler et al., 1990).

### 1.3 Liens entre la dépression parentale et la psychopathologie chez l'enfant

Les recherches sur les enfants à risque commencent à se centrer sur les facteurs sociaux et contextuels des familles impliquées. On remarque également un intérêt croissant vis-à-vis des mécanismes familiaux à travers lesquels la pathologie parentale ou sa détérioration affectent les enfants. Weissman, Prusoff, Gammon, Merikangas, Leckman & Kidd (1984) ont étudié 194 enfants de parents souffrant de dépression majeure, de dépression mineure et de parents non dépressifs. Ils observent que les enfants de parents dépressifs reçoivent trois fois plus de diagnostics psychiatriques que les enfants de parents non dépressifs (24.2% vs 8.1%). Billings et Moos (1983) rapportent que les familles où l'on retrouve un parent dépressif manifestent des taux plus élevés de stresseurs sociaux ainsi que des environnements familiaux plus désorganisés et moins cohésifs.

Depuis quelques années, on observe un nombre croissant d'études qui démontrent que certaines expériences parent-enfant et, particulièrement celle d'être un enfant de parent dépressif, sont associées à des risques plus élevés de difficultés d'ajustement émotionnel, de psychopathologie ainsi que de dépression (Beardslee, Bemporad, Keller & Klerman, 1983 ; Billings & Moos, 1983; Burbach & Borduin, 1986 ; Hammen et al., 1987 ; Weissman et al., 1984, 1987). Orvaschel, Walsh-Allis et Ye (1988) rapportent que les taux de psychopathologie chez les enfants de parents dépressifs sont

considérablement plus élevés lorsqu'on les compare à un groupe à faible risque. Ils ajoutent que lorsque des différences quantitatives entre les deux groupes sont exprimées, les différences qualitatives sont encore plus fortes. En effet, les enfants à risque élevé n'ont pas seulement des taux de désordres de tous types plus élevés, leur psychopathologie est aussi plus sévère. Cela se traduit par la détérioration de leur fonctionnement et une intervention en santé mentale plus longue. Billings et Moos (1985) observent que des niveaux plus élevés de dysfonction parentale, des stresseurs plus grands et moins de support dans l'environnement familial au temps 1 sont associés à des niveaux plus faibles de fonctionnement chez les enfants un an plus tard. Enfin, Weissman et al. (1987a) notent que les enfants dont les parents ne souffrent pas uniquement d'un désordre affectif mais également d'autres troubles, sont davantage à risque et expérimentent plus de désordres que les enfants dont les parents ne souffrent que d'un seul désordre.

On associe la symptomologie dépressive chez l'enfant à une communication dysfonctionnelle avec ses parents, à des déficits dans les habiletés sociales et à une difficulté à prendre des initiatives sociales (Altman & Gotlib, 1988 ; Kovacs, 1989). Hammen (1988) évalue qu'une pauvre image de soi ainsi qu'une faible estime de soi chez l'enfant dont les parents ont souffert de dépression ou d'autres psychopathologies sérieuses prédisent un fonctionnement subséquent plus pauvre. En résumé, les enfants de parents souffrant de désordres affectifs ont des taux plus élevés de diagnostics de

désordres affectifs que les enfants dont les parents ne souffrent pas de désordres affectifs. Ils sont également à risque pour une multitude d'autres troubles notamment les problèmes d'estime de soi, de culpabilité, un fonctionnement général appauvri et des difficultés comportementales (Beardslee & Wheelock, 1994). Comme on peut le constater, il est important d'évaluer le rôle que les interactions familiales peuvent jouer dans la dépression des enfants puisque la psychopathologie dans une famille peut significativement contribuer à la dépression de ses membres. La dépression parentale et plus particulièrement la dépression maternelle, apparaît comme un facteur de risque impliqué dans le développement de la psychopathologie de l'enfant (Mitchell, McCauley, Burke, Calderon & Schloredt, 1989).

Weissman et Boyd (1985) soutiennent que les enfants qui ont été élevés par une mère dépressive ont un risque plus grand de souffrir de la dépression et ce, par un facteur d'au moins deux ou trois. Cette conclusion a été tirée à la fois par ceux qui étudient l'incidence de la dépression chez les mères d'enfants dépressifs (McKnew & Cytryn, 1973 ; Poznanski & Zrull, 1970 tirés de Dodge, 1990) et par ceux qui étudient l'incidence de la dépression chez les descendants (*offspring*) de mères dépressives (Billings & Moos, 1983 ; Klein, Depue & Slater, 1985 ; Weissman et al., 1984). Des études indiquent que plus de 70% des descendants de mères dépressives ont souffert de troubles répondant à des critères diagnostiques (Hammen et al., 1987 ; Weissman et al., 1987). Hammen et al. (1987) observent que les enfants de mère souffrant de dépression unipolaire semblent

spécialement à risque pour des désordres dépressifs, seuls ou en combinaison avec d'autres troubles. Le groupe d'enfants de mères souffrant de dépression unipolaire présente des taux spécialement élevés de dépression majeure (9 enfants sur 19) lorsqu'on le compare au groupe d'enfants de mères souffrant de dépression bipolaire (3 enfants sur 12) (Hammen et al., 1987). Ils ajoutent également que le risque n'est pas seulement attribuable à la psychopathologie de la mère mais aussi au stress chronique vécu par la famille.

Les études sur les systèmes familiaux d'enfants et d'adolescents souffrant de dépression démontrent que les interactions familiales d'un patient dépressif sont marquées par davantage d'hostilité, de conflits, de critiques, de désengagement, de retrait, de problèmes de communication et d'abus, ainsi que par moins d'expression des sentiments et de support lorsqu'on les compare avec des familles de groupes contrôle (Schwartz et al., 1990 ; Hammen, 1990 ; Downey & Coyne, 1990 ; Rutter, 1990).

#### 1.4 Influences de la dépression maternelle chez l'enfant

Les mères dépressives sont décrites dans la littérature clinique comme vivant des difficultés dans leur rôle parental qui reflètent les symptômes de leur désordre (Burbach & Borduin, 1986). De façon générale, les mères dépressives voient moins positivement leur rôle que celles du groupe contrôle. Les exigences du rôle parental sont vécues

négativement et elles vivent des sentiments de rejet et d'hostilité envers leurs enfants (Davenport, Zahn-Waxler, Adland & Mayfield, 1984 ; Webster-Stratton & Hammond, 1988 ; Weissman & Paykel, 1974). Elles se perçoivent également comme étant moins compétentes et moins adéquates que les autres parents (Davenport et al., 1984 ; Webster-Stratton & Hammond, 1988 ; Weissman & Paykel, 1974). Wolf (1987 tiré de Belle, 1990) observe que les femmes qui se perçoivent comme de mauvaises mères sont significativement plus dépressives que les femmes qui se perçoivent comme étant bonnes mères, sans égard aux habiletés parentales réelles.

Downey et Coyne (1990), dans leur recension, notent que les comportements qui caractérisent les interactions d'un parent dépressif avec ses enfants ressemblent aux comportements spécifiques des interactions entre une personne dépressive et un adulte. L'hostilité et l'irritabilité qui caractérisent les interactions des adultes dépressifs avec leurs conjoints ressortent également dans les relations avec leurs enfants. Orvaschel et al. (1980) suggèrent que le rôle de parent, dans des familles où l'on retrouve un enfant dépressif ou un parent dépressif est caractérisé par du rejet, de l'inattention, de l'hostilité, beaucoup de critiques et un manque d'affection et d'implication de la part des parents. Weissman et Paykel (1974) notent que les relations des mères dépressives avec leurs enfants sont caractérisées par une détérioration de la communication et des frictions et, ces derniers vont davantage réagir par de l'hostilité et du retrait. Il semble que l'irritabilité et l'hostilité chez la mère augmentent avec le stress (Cohn et al., 1986 ; Field

et al., 1990 ; Lyons-Ruth et al., 1986 ; Rutter, 1990). De plus, on remarque que l'hostilité des mères dépressives est plus prononcée envers leurs enfants d'âge scolaire que leurs enfants plus jeunes, lors de leurs interactions. Cela reflète peut-être le rôle plus actif des enfants d'âge scolaire lors des interactions (Gordon et al., 1989 ; Hammen, Gordon et al., 1987a).

Le fait que les mères dépressives utilisent des niveaux plus élevés de critiques et de comportements verbaux négatifs avec leurs enfants (Gordon et al., 1989) indique qu'elles sont peut-être moins aptes à faire face aux stresseurs reliés au rôle parental que les mères non dépressives (Beardslee & Wheelock, 1994). Nolen-Hoeksema et al. (1995) soutiennent que les mères ayant les plus hauts niveaux de symptômes dépressifs sont plus négatives dans leurs interactions avec leurs enfants. Ces auteures observent également que ces enfants sont moins enthousiastes, moins persistants et davantage frustrés lors d'une tâche de résolution de puzzle. Kochanska et al. (1987) notent que les mères dépressives tendent à être moins enclines que les mères non dépressives à résoudre les conflits avec leurs jeunes enfants de façon constructive et à faire des compromis. Les mères dépressives peuvent également être moins efficaces que les mères non dépressives à établir une discipline et à mettre des limites à leurs enfants.

Les études proposent deux dimensions du style interactionnel de la mère qui sont reliées à la résignation de l'enfant : la fréquence émotionnelle et la non-réceptivité. La

fréquence émotionnelle s'observe lorsque les parents deviennent hostiles et critiques quand leurs enfants tentent de régler leurs problèmes. Cela a pour effet que les enfants peuvent trouver difficile de demeurer enthousiastes et de persister dans leur résolution de problèmes. De plus, les critiques parentales peuvent convaincre l'enfant qu'il n'est pas compétent pour résoudre ses difficultés. La non-réceptivité entre en ligne de compte lorsque les parents répondent aux difficultés de l'enfant en s'immisçant dans ses problèmes et en les résolvant pour lui. De cette façon, les parents en viennent à limiter les opportunités que l'enfant apprenne à persister et à trouver de nouvelles façons d'approcher les problèmes (Bandura, 1986 ; Baumrind, 1973 tirés de Nolen-Hoeksema et al., 1995 ; Deci & Ryan, 1987 ; Gorlink, Frodi & Bridges, 1984). Les parents peuvent, de cette manière, exprimer indirectement à l'enfant qu'ils le croient incapable de résoudre ses difficultés.

À la lumière de ces études, nous constatons que la façon dont les parents, et plus particulièrement la mère, agissent avec leurs enfants influence le comportement de ces derniers. Or, lorsque la mère souffre de dépression, on observe que cela provoque des répercussions négatives dans le développement de ses enfants.

## 2. Troubles extériorisés du comportement

### 2.1 Définition générale

Dans le DSM IV, on subdivise les troubles extériorisés de la conduite en deux catégories soit : 1) trouble des conduites et 2) trouble oppositionnel avec provocation. Toutefois, dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), le trouble oppositionnel avec provocation demeure une sous-catégorie du trouble des conduites. Le DSM IV définit le trouble des conduites comme étant « un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet » (p. 102). On divise ces conduites en quatre groupes principaux : 1) agression envers des personnes ou des animaux ; 2) destruction de biens matériels ; 3) fraudes ou vols ; 4) violations graves des règles établies. Au moins trois comportements parmi les 15 doivent avoir été présents au cours des 12 derniers mois et au moins un au cours des six derniers mois, pour recevoir ce diagnostic. On décrit, dans le DSM IV, le trouble oppositionnel avec provocation comme étant «un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité et qui persiste pendant au moins six mois» (p. 109). Cela se traduit par la présence fréquente d'au moins quatre des comportements suivants : 1) le sujet se met en colère ; 2) il conteste ce que disent les adultes ; 3) il s'oppose activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes ; 4) il fait délibérément des choses qui embêtent les

autres ; 5) il fait porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite ; 6) il est susceptible ou facilement agacé par les autres ; 7) il se fâche et manifeste du ressentiment et 8) il se montre méchant et vindicatif. Pour obtenir un diagnostic valide, ces comportements doivent survenir plus fréquemment qu'on ne les observe généralement chez des sujets du même âge. De plus, ces comportements doivent entraîner une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

La littérature fait un lien entre le statut de l'enfant auprès de ses pairs (particulièrement le rejet social) et les symptômes du trouble des conduites. En effet, les enfants rejetés socialement sont décrits par leurs pairs et leurs professeurs comme étant significativement moins prosociaux que la plupart des autres enfants (Carlson, Lahey & Nepper, 1984). De plus, les observations comportementales confirment largement ces impressions en révélant que les enfants rejetés émettent davantage d'argumentation. Ils ont également moins d'ouverture prosociale, des jeux moins appropriés et moins d'interactions sociales que leurs pairs (Dodge, Coie & Brakke, 1982). Renouf, Kovacs et Mukerji (1997) notent que les enfants qui souffrent de troubles de la conduite sont généralement engagés dans des comportements hostiles et oppositionnels envers leurs pairs. En conséquence, ils sont rejetés par ces derniers. Cela peut contribuer, à long terme, à une accumulation de détériorations nuisibles à l'acquisition de comportements sociaux adaptés.

La littérature souligne également des déficiences dans le développement d'habiletés de coping (résolution de problèmes) des enfants souffrant de troubles extériorisés de la conduite. En effet, ces enfants, sans tenir compte des critères diagnostiques de la dépression, démontrent des niveaux plus faibles d'efficacité de résolution de problèmes, que les enfants ne souffrant pas de troubles de la conduite (Sanders, Dadds, Johnston & Cash, 1992). Tel que prédit par Sanders et al. (1992), les enfants souffrant de troubles de la conduite présentent des niveaux élevés d'affects de colère. Cependant, contrairement aux prédictions de ces mêmes auteurs, ces enfants ont également démontré des niveaux élevés d'affects dépressifs lors de discussions familiales. De façon générale, ces résultats confirment d'autres recherches qui témoignent des pauvres habiletés de résolution de problèmes interpersonnels des enfants souffrant de troubles de la conduite (Patterson, 1982). Un lien a été démontré entre le développement d'habiletés de résolution de problèmes déficientes et la présence d'agressivité intermittente dans le comportement de l'enfant (*aggressive/disruptive behavior*) (Dodge, 1993). On croit que les parents de ces enfants ne facilitent pas le développement d'habiletés de résolution de problèmes chez ces derniers en contrôlant ou en interférant avec les efforts de résolution de problèmes de leurs enfants. On remarque que les parents d'enfants souffrant de troubles oppositionnels, lorsqu'on les compare aux parents d'enfants du même groupe d'âge, tendent à s'imposer à donner plus de directives, à faire la tâche à la place de l'enfant et ils offrent moins de support et d'encouragement à leurs enfants lors d'une tâche de résolution de problèmes (Barkley, 1990).

Les troubles de la conduite (hyperactivité, délinquance, agressivité, irritabilité) sont souvent impliqués dans ce que l'on appelle la *dépression masquée* (Cytryn & McKnew, 1972). Certains enfants n'expriment pas directement leurs symptômes dépressifs et ils les manifestent par des comportements ou des symptômes qui *masquent* les sentiments dépressifs. L'ajustement de l'enfant est donc multidimensionnel. Les enfants peuvent manifester des troubles intérieurisés du comportement, des troubles extérieurisés du comportement ou encore les deux à la fois.

Les troubles dépressifs et les troubles extérieurisés du comportement existent souvent en comorbidité et peuvent représenter une psychopathologie plus sérieuse que l'une ou l'autre de ces conditions prise isolément. En effet, les jeunes adultes qui ont souffert de dépression et de troubles de la conduite dans leur enfance, rapportent une plus grande dysfonction à l'âge adulte que ceux qui n'ont souffert que de dépression (Harrington et al., 1991). Dans des échantillons cliniques, 36 à 80% des jeunes dépressifs rencontrent les critères diagnostiques des troubles de la conduite (Ferro et al., 1994 ; Kazdin, 1990 ; Puig-Antich, 1982). L'étude d'Anderson et al. (1987) stipule que 80% des enfants (11 enfants sur 14) diagnostiqués dépressifs rencontrent les critères d'une autre catégorie diagnostique. Les troubles oppositionnels et les troubles de la conduite sont les plus fréquemment observés (78% des sujets).

Dadds et al. (1992) considèrent que la découverte la plus importante de leur étude est que la dépression et les troubles de la conduite chez l'enfant ne semblent pas être indépendants. Dans les analyses statistiques, la dépression et les troubles de la conduite sont entrés en interaction et ce, même si les auteurs les avaient conceptualisés comme variables indépendantes. Ils observent que les enfants qui souffrent de troubles de la conduite font partie d'un système familial marqué par la coercition, l'agressivité et la colère. Les enfants qui souffrent à la fois de dépression et de troubles du comportement font partie d'un système marqué par une apparente absence d'agressivité. Sanders et al. (1992) constatent, contrairement à leurs hypothèses, que les enfants qui souffrent de troubles mixtes (dépression et troubles de la conduite) sont caractérisés par l'affect dépressif plutôt que par la colère et l'affect dépressif en même temps. Toutefois, Cole et Carpentieri (1990) observent que les enfants qui souffrent à la fois de symptôme de *surcontrôle* (dépression, retrait social, inhibition, anxiété) et de symptômes de *souscontrôle* (troubles de la conduite, agressivité, délinquance, hyperactivité) ressemblent davantage au groupe des troubles de la conduite qu'au groupe dépressif.

## 2.2 Liens entre la dépression parentale et les troubles extériorisés de la conduite chez l'enfant

Plus de troubles du comportement et de symptômes psychologiques sont observés chez les enfants. Des études montrent que les enfants élevés par des parents dépressifs ont des taux plus élevés de troubles du comportement tels que les troubles de la conduite, les troubles oppositionnels, la désobéissance, l'agressivité et les problèmes d'attention (Cytryn et al., 1986 ; Dumas et al., 1989 ; Forehand et al., 1984 ; Orvaschel et al., 1988 ; Weissman et al., 1984 ; Zahn-Waxler et al., 1984). Hammen, Gordon et al. (1987) ajoutent que le groupe d'enfants de mères souffrant de dépression unipolaire tend à démontrer davantage de troubles de la conduite et d'abus de substances que les autres groupes d'enfants. La nature du lien entre la dépression maternelle et les troubles du comportement demeure difficile à comprendre. La littérature énonce de façon générale que des niveaux élevés de détresse chez la mère sont associés à des niveaux élevés d'inadaptation chez l'enfant.

Billings et Moos (1985) notent que les enfants de parents non remis de leur dépression démontrent davantage de dysfonctions lors du suivi que les enfants du groupe contrôle. Ces résultats font référence à des symptômes psychologiques (dépression et anxiété), à des problèmes de santé physique ainsi qu'à des difficultés comportementales (au plan de l'accomplissement académique, de la discipline scolaire et des interactions

avec les pairs). Billings et Moos (1985) constatent également que les enfants de parents actuellement dépressifs ont davantage de problèmes physiques, psychologiques et comportementaux que les enfants de parents non dépressifs. Un an plus tard, les enfants dont les parents présentent une rémission de leurs symptômes dépressifs témoignent d'une légère amélioration mais continuent néanmoins de développer davantage de dysfonctions que les enfants du groupe contrôle. Toutefois, les enfants de parents présentant une rémission fonctionnent mieux que les enfants de parents non rétablis. Enfin, les enfants dont les parents n'ont eu aucune amélioration lors du suivi continuent de présenter une détérioration sévère.

### 2.3 Relation réciproque entre la dépression maternelle et l'ajustement de l'enfant

Plusieurs auteurs notent que la présence de troubles extériorisés de la conduite chez l'enfant amène un effet dans le maintien de la dépression chez la mère. En effet, on observe que les mères d'enfants souffrant de troubles de la conduite rapportent des taux plus élevés de dépression que les mères d'enfants ne souffrant pas de tels troubles (Griest, Forehand, Wells & McMahon, 1980 ; Patterson, 1982). Il y a des raisons de croire que les désordres des enfants contribuent au prolongement de la dépression maternelle. Premièrement, il y a une évidence de la relation réciproque entre la dépression maternelle et l'ajustement de l'enfant (Hammen et al., 1990). Deuxièmement, un déclin dans la dépression de la mère amène un traitement efficace des problèmes de comportement chez

leur enfant (Forehand et al., 1980 ; Patterson, 1982). Troisièmement, les parents d'enfants moins perturbés ont tendance à se remettre de leur dépression en moins d'un an pendant que le statut de guérison du parent ne permet pas de prédire un changement dans l'ajustement du comportement de l'enfant (Billings & Moos, 1985).

Dumas, Gibson et Albin (1989) comparent deux hypothèses relatives à l'effet de la dépression maternelle sur le comportement qu'ont envers leur mère les enfants souffrant de troubles de la conduite. La première, tirée de l'étude de Forehand, Lautenschlager, Faust et Graziano (1986), établit que les enfants souffrant de troubles de la conduite ont tendances à être moins obéissants et davantage opposés à leur mère, si celle-ci est en détresse que si elle ne l'est pas. La seconde hypothèse, dérivée de Hops et al. (1987) prédit plutôt le contraire c'est-à-dire que les enfants ayant des troubles de comportement sont davantage obéissants et moins opposés à leur mère si cette dernière est en détresse, probablement parce que les affects dépressifs diminuent les probabilités d'interactions négatives dans la famille. Dumas et al. (1989) ont trouvé une confirmation partielle pour chacune de ces hypothèses. En effet, les enfants souffrant de troubles de la conduite sont davantage inadaptés si leur mère est en détresse que si elle ne l'est pas, mais uniquement lorsque les auteurs évaluent l'inadaptation sur la base d'un indice global. Par contre, lorsque l'inadaptation est basée sur des mesures d'observations d'interactions mère-enfant, les mêmes enfants se comportent mieux, c'est-à-dire qu'ils sont plus obéissants et moins opposés envers leur mère si celle-ci est en détresse que si elle ne l'est pas. Les

analyses statistiques démontrent que les enfants de mères en détresse sont significativement plus obéissants à leur mère qu'à leur père (Dumas & Gibson, 1990). Les enfants de cette étude (Dumas & Gibson, 1990) ne se comportent pas de la même façon envers les membres de la famille. Il semble plutôt qu'ils ajustent leur comportement en fonction de l'interlocuteur.

#### 2.4 Autres facteurs reliés à l'émergence des troubles du comportement

Les facteurs de risque font référence aux caractéristiques, aux événements ou aux processus qui augmentent le risque de développer un problème ou une dysfonction. Les facteurs de risque peuvent procurer des indices sur le développement et sur la progression des troubles de la conduite ainsi que sur les mécanismes et les processus à travers lesquels la dysfonction s'installe (Rolf, Masten, Cicchetti, Neuchterlein & Weintraub, 1990).

Il est maintenant clair que les enfants ne sont pas seulement affectés par leurs propres interactions avec leurs parents mais également par leurs observations des interactions des autres, particulièrement celles de leurs parents (Cummings & El-Sheikh, 1991 ; Cummings & Zahn-Waxler, 1992). En effet, des études rapportent un lien entre la dépression maternelle et les conflits conjugaux dans les premières années de l'éducation des enfants. On remarque que les conflits conjugaux sont davantage reliés aux problèmes de comportement de l'enfant que la dépression parentale (Cox et al., 1987). Les conflits

conjugaux sont associés de façon plus cohérente aux troubles extériorisés chez les enfants tels que les troubles de la conduite, la délinquance et l'agressivité (Emery, 1982). Rutter (1978) ajoute que les conflits conjugaux et la détresse familiale générale sont fortement reliés aux troubles extériorisés du comportement. Une étude auprès d'enfants âgés entre 5 et 12 ans, dont les parents sont séparés, révèle que les conflits conjugaux, tout comme la dépression maternelle, sont associés aux problèmes de comportement de l'enfant (Shaw & Emery, 1987). Néanmoins, lorsque les deux parents vivent sous le même toit, il y a encore une association avec des troubles du comportement de l'enfant. Enfin, la négativité et l'hostilité, présentes dans le rôle parental, peuvent être une source des problèmes d'ajustement chez les enfants de parents dépressifs. Ce style parental est identifié comme un facteur de risque pour plusieurs formes d'inadaptations et plus particulièrement pour les troubles de la conduite (Patterson, 1982).

La dépression est fréquemment accompagnée par des difficultés interpersonnelles, particulièrement dans les relations intimes. Weissman et Paykel (1974) constatent que les femmes dépressives ont un taux élevé de conflits conjugaux. Emery, Weintraub et Neale (1982) notent que même si les enfants de parents dépressifs et de parents schizophrènes démontrent des niveaux similaires d'inadaptation, les conflits conjugaux peuvent expliquer les problèmes d'ajustement chez les enfants de parents dépressifs, alors qu'ils n'expliquent pas de tels problèmes chez les enfants de parents schizophrènes. L'étude de Fendrich, Warner et Weissman (1990) démontre que les facteurs de risque familiaux, tels

que les conflits conjugaux, la mésentente parent-enfant, le contrôle de l'affection, une faible cohésion familiale ainsi que le divorce chez les parents, sont davantage présents chez les enfants de parents dépressifs que chez les enfants de parents non dépressifs. La présence de ces facteurs est associée à des taux élevés de dépression majeure, de troubles de la conduite et de tout autre diagnostic psychiatrique chez les enfants.

Le modèle de Dadds et al. (1992) montre que les enfants souffrant de troubles de la conduite font partie d'un système familial où l'on rencontre beaucoup d'hostilité (Patterson, 1982), alors que les enfants dépressifs sont exposés au même niveau d'hostilité familiale, en particulier par la mère, mais n'y répondent pas. Patterson (1982) constate que les parents d'enfants souffrant de troubles de la conduite utilisent généralement une discipline inefficace et manifestent des niveaux élevés d'agressivité lors des interactions avec leurs enfants. La littérature indique clairement que les enfants souffrant de troubles de la conduite répondent à l'agressivité de la famille en utilisant des niveaux élevés d'agressivité (Patterson, 1982 ; Sanders, Bor & Dadds, 1989). Fergusson et Lynskey (1993) stipulent que l'association entre la dépression maternelle et les troubles de comportement de l'enfant devient statistiquement non significative lorsque les auteurs contrôlent les facteurs sociaux et contextuels. Ce résultat est comparable à ceux d'un nombre croissant d'études (ex. Billings & Moos, 1983 ; Emery et al., 1982 ; Rutter & Quinton, 1984). Cela suggère que l'association entre la dépression maternelle et les troubles de comportement de l'enfant augmente considérablement s'il y a d'autres

facteurs sociaux impliqués (stress, conflits conjugaux, désavantage social). Ceux-ci font augmenter les risques de symptômes chez les femmes et sont également indépendamment associés aux risques de troubles de comportement chez l'enfant.

Les enfants peuvent également développer des troubles extériorisés du comportement à travers des processus de *modeling*. Cela signifie que les enfants apprennent en imitant les comportements qu'ils observent (plus particulièrement ceux de leurs parents). Or, ils peuvent imiter les comportements d'hostilité et d'irritabilité de leurs parents dépressifs (Downey & Coyne, 1990). On observe également un processus clef c'est-à-dire l'utilisation, par les parents, de renforcement négatif lors de moments où l'enfant a des comportements inappropriés (Patterson, 1982 ; Patterson, Capaldi & Bank, 1990). Cela se produit généralement dans un contexte d'escalade lors d'interactions négatives parent-enfant. À mesure que l'enfant devient de plus en plus négatif, le parent agit d'une façon positive ou neutre de manière à pouvoir échapper à l'interaction négative. Cependant, échapper à cette interaction négative constitue un renforcement négatif du comportement oppositionnel de l'enfant et cela précède la soumission des parents. On obtient alors comme résultat que, lors des futures situations de conflits, les parents seront prédisposés à se soumettre à l'enfant tandis que celui-ci deviendra prédisposé à être oppositionnel et antisocial (Patterson, 1982). On assiste donc au développement d'un cercle vicieux.

### 3. Coping

#### 3.1 Définition générale

La notion de coping fait référence aux diverses stratégies d'adaptation qu'un individu utilise pour faire face aux situations stressantes. Lazarus et Folkman (1984) définissent les stratégies de coping comme étant «l'ensemble des efforts conscients, cognitifs et comportementaux, nécessaires pour maîtriser, réduire ou tolérer les demandes spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par un individu comme étant menaçantes ou qui dépassent ses ressources». Les stratégies de coping changent en fonction du contexte, du temps et de la nature du stresseur. Ce ne sont pas tous les processus adaptatifs qui sont considérés comme du coping. On doit nécessairement voir un effort et le comportement ne doit pas être simplement le résultat d'un acte réflexe (Monat & Lazarus, 1991). Les styles de coping sont obtenus en regroupant les stratégies de coping utilisées par un individu. Le style réfère aux façons de s'adapter qui caractérisent les réactions d'une personne au stress dans différentes situations à travers le temps. Cela peut partiellement refléter les façons de s'adapter privilégiées par l'individu parce qu'elles correspondent à ses valeurs, à ses croyances et à ses buts (Compas, 1987a). Cependant, les styles de coping n'impliquent pas nécessairement la présence de traits de personnalité sous-jacents qui prédisposent l'individu à répondre d'une certaine façon (Lazarus & Folkman, 1984).

Folkman et Lazarus (1980) définissent deux formes de coping : le coping *centré sur le problème* et le coping *centré sur l'émotion*. On utilise ces deux formes de coping pour gérer les stresseurs. Le coping *centré sur le problème* consiste à agir directement sur le stresseur tandis que le coping *centré sur l'émotion* vise à contrôler les états émotifs associés au stresseur ou résultant de celui-ci (Folkman & Lazarus, 1980). Ces deux principales fonctions du coping ont été reprises dans d'autres études (ex. Billings & Moos, 1981) et ont été utilisées implicitement dans le modèle de White (1974) et dans celui de Pearlin et Schooler (1978). Généralement, on a recours au coping *centré sur le problème* lorsqu'on a l'impression de pouvoir exercer un certain contrôle sur la situation. Le coping *centré sur l'émotion* est habituellement utilisé lorsqu'on a le sentiment qu'on ne peut rien changer à la situation.

Dans la littérature, la définition de l'efficacité du coping est influencée par le modèle théorique sous-jacent. Par exemple, pour le modèle animal, le critère d'efficacité fait référence à la réussite d'une tâche adaptative donnée (Miller, 1980). Par contre, le modèle contextuel met l'emphasis sur les relations entre la personne et son environnement dans un contexte spécifique. Une stratégie de coping efficace vient alors favoriser l'adaptation de l'individu. Frydenberg (1996) a schématisé le comportement de coping (C) en indiquant qu'il résulte de trois composantes : la personne elle-même (P), la spécificité de la situation (S), et la perception que cette personne a de la situation (pS). Cela donne naissance à l'équation suivante :  $C = f(P+S+pS)$ . Néanmoins, on

reconnaît généralement qu'il n'y a pas de bon ou de mauvais coping. Les perceptions subjectives de l'efficacité propres à chaque individu devraient être le critère premier pour évaluer si une stratégie est efficace ou non (Ryan-Wenger, 1990).

### 3.2 Spécificité du coping chez l'enfant

Dans les dernières années, beaucoup de recherches ont été menées afin de déterminer si les modèles de stress et de coping des adultes sont efficaces pour comprendre les processus de coping des enfants. Ces analyses suggèrent que les conclusions tirées sur le coping des enfants peuvent différer des modèles élaborés pour des adultes étant donné leur plus grande dépendance envers les adultes (Compas, 1987a ; Lazarus & Folkman, 1984). Ryan-Wenger (1992) a relevé des observations provenant de la littérature qui appuient le développement d'une théorie de stress-coping spécifique aux enfants. Premièrement, les stresseurs des enfants ne sont pas les mêmes que ceux des adultes (Lazarus & Launier, 1978 ; Lewis, Siegal & Lewis, 1984 tirés de Ryan-Wenger, 1992). Deuxièmement, étant donné que plusieurs stresseurs chez les enfants sont typiquement hors de leur contrôle (ex. situations avec leurs parents, leur famille, à l'école, etc.), beaucoup de stresseurs sont moins susceptibles d'être changés par les enfants eux-mêmes (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988). Et troisièmement, l'évaluation cognitive d'un stresseur et des ressources de coping est un aspect significatif du processus de stress-coping (Lazarus, 1966 tiré de Ryan-Wenger, 1992). À cet

égard, le développement cognitif et les fonctions cognitives n'opèrent pas de la même façon chez les adultes que chez les enfants.

### 3.3 Rôle du coping dans l'adaptation

Les habiletés de coping ont un effet de protection sur la qualité de l'adaptation de l'enfant. Rutter (1979a tiré de Garmezy, 1983) définit les facteurs de protection comme étant «les attributs d'une personne, de son environnement, de sa situation ou des événements qui viennent réduire les prédictions d'une psychopathologie basée sur le statut d'une personne jugée à risque (p. 73)». En fait, ce sont les caractéristiques stables d'un individu ou de son environnement qui viennent diminuer les effets potentiellement négatifs d'un stress chronique.

Des études longitudinales sur le développement de l'enfant font ressortir une triade de facteurs de protection : a) les caractéristiques de l'enfant (comme le Q.I., l'efficacité personnelle, l'estime de soi, les habiletés de coping et le locus de contrôle interne) ; b) la présence d'un environnement familial supportant (chaleur, intimité, cohésion, ordre et organisation) ; c) du support extrafamilial (Cowen et al., 1990 ; Garmezy, 1983). Le coping est donc un facteur de protection en soi puisque des efforts sont mis afin de réduire les effets des événements négatifs sur le bien-être psychologique (Johnson, 1986).

Il y a cependant des styles de coping qui sont liés à une meilleure adaptation. Plus particulièrement, les efforts de coping actif (i.e. tentatives de modifier ou d'agir sur les stresseurs à travers une signification cognitive ou behaviorale) sont reliés à un ajustement plus positif. Les stratégies d'évitement (i.e. les tentatives pour éviter les stresseurs ou nier leur existence) sont généralement associées à une adaptation plus difficile (Compas et al., 1988 ; Herman-Stahl et al., 1995 ; Sandler et al., 1994). Herman-Stahl et al. (1996), dans leur étude, ont obtenu des résultats similaires. En effet, elles ont découvert que des niveaux élevés de coping actif, de perception de compétence et d'optimisme ainsi qu'un faible niveau de coping d'évitement sont reliés à de meilleurs résultats d'ajustement chez des adolescents et ce, à des niveaux bas et élevés d'adversité.

Pearlin, Lieberman, Meneghan et Mullan (1981) prétendent que le facteur de protection le plus important est le support. En effet, il est très important que l'on puisse communiquer un support émotionnel sous forme d'attention et d'amour puisque cela aide la personne qui subit un stress à maintenir son estime personnelle et son sentiment de contrôle. De cette façon, cela lui permet de persister dans ses efforts de coping. Le contexte familial de l'enfant est également identifié comme un important facteur de protection. De façon plus spécifique, les caractéristiques familiales telles que la chaleur parentale, l'intimité et la communication sont associées au bien-être de l'enfant (Rutter, 1983). Les recherches démontrent que la chaleur et le support parental sont reliés à un coping plus adapté (Herman & McHale, 1993) tandis que les processus familiaux

inadaptés sont associés à des réponses de coping moins fonctionnelles (Stern & Zevon, 1991). Shulman et al. (1987) soulignent également que c'est le climat familial qui encourage ou décourage l'utilisation de stratégies de coping particulières. Les relations parent-enfant perçues par l'enfant comme étant chaleureuses et intimes représenteront un environnement ouvert, supportant et respectueux. Ce type d'environnement pourra encourager la résolution de problème. Au contraire, les relations parent-enfant perçues par l'enfant comme étant moins chaleureuses et intimes pourront décourager le coping actif en créant un climat dans lequel l'enfant ne se sentira pas supporté. De façon plus spécifique, si les parents se montrent hostiles et critiques envers leurs enfants lorsque ceux-ci tentent de résoudre des problèmes, les enfants pourront difficilement demeurer enthousiastes et persister dans la résolution de problème. Les critiques parentales peuvent convaincre l'enfant qu'il n'est pas compétent pour résoudre ses difficultés. Au contraire, selon Zahn-Waxler, Iannotti, Cummings et Denham (1990), les parents qui vont réagir à la frustration de leurs enfants en leur suggérant d'essayer de nouvelles stratégies de coping, vont les aider à développer un plus large répertoire de stratégies de coping.

### 3.4 Vécu familial et apprentissage du coping chez l'enfant

Le stress et les désordres subis par un enfant peuvent affecter le vécu de toute la famille (Compas, 1987b). Holahan et Moos (1987) et Fergusson, Horwood, Gretton et

Shannon (1985) ont trouvé que les événements majeurs de vie rapportés par les parents sont significativement reliés aux problèmes de comportement de l'enfant, tel que rapportés par la mère. Cependant, Cohen, Burt et Bjork (1987) n'ont pas trouvé de relation significative entre les événements majeurs de la vie des parents et la dépression, l'anxiété ou l'estime de soi des adolescents, tels que rapportés par les adolescents eux-mêmes. Néanmoins, la relation entre le stress vécu par un parent et les problèmes émotionnels et comportementaux d'un enfant peut être indirecte. Les modèles cognitifs de stress et de coping (ex. Lazarus & Folkman, 1984 ; Moos, 1984) prédisent que les effets d'un événement stressant sont affectés par la signification qu'on lui donne. Un événement stressant vécu par un parent devrait être relié au niveau de détresse de l'enfant si cet événement implique un niveau significatif de menace pour son bien-être ou pour le fonctionnement de sa famille. Ce niveau de signification peut être apparent mais il peut également dépendre de la réponse du parent au stresseur. Si le parent démontre peu ou pas de détresse en rapport au stresseur, l'enfant pourra percevoir l'événement comme peu ou pas menaçant. Par contre, si le parent démontre des signes de dépression, d'anxiété ou d'autres signes d'inquiétude face à un stresseur, cela peut devenir une source élevée de menace pour un enfant.

Dans un contexte où il y a un conflit entre les parents, O'Brien, Margolin et John (1995) rapportent que les enfants qui ont développé des stratégies de coping qui les éloignent du conflit conjugal démontrent moins d'inadaptation. À l'inverse, les enfants

qui utilisent des stratégies de coping qui les impliquent dans le conflit de leurs parents, développent davantage de troubles du comportement que les enfants qui ne s'impliquent pas dans le conflit (O'Brien et al., 1995). Ces résultats sont comparables avec ceux des recherches précédentes qui indiquent que les stratégies de coping *centrées sur l'émotion* peuvent être appropriées lors d'une situation sur laquelle on a très peu de contrôle (Compas et al., 1988 ; Weisz, McCabe & Denning, 1994).

La façon dont les parents expriment leurs émotions influence l'expression des sentiments des enfants. En observant la façon dont leurs parents extériorisent une variété d'émotions, ils apprennent comment, quand, à quelle fréquence et avec quelle intensité exprimer les leurs (Denham, 1989). Selon ces auteurs, la mère, en variant la façon d'extérioriser ses sentiments et les explications qui en découlent, enseigne à ses enfants l'expression des émotions typiques ainsi que les situations dans lesquelles elles sont exprimées. Les mères qui expriment librement leurs émotions offrent à leurs enfants une grande expérience d'apprentissage. Toutefois, les mères qui exagèrent l'expression des émotions négatives vont transmettre un impact négatif à leurs enfants puisque l'anxiété provoquée par cette situation entraînera un plus faible apprentissage (Denham, Casey, Grout & Alban, 1991 tiré de Denham & Grout, 1991).

Les événements qui arrivent tôt dans la vie peuvent altérer le cours du développement d'une personne (Rutter, 1981). Le coping et les habiletés d'adaptation se

développent rapidement pendant l'enfance et l'adolescence (Compas, 1987a). Lewis, Siegal et Lewis (1984) ont étudié les expériences négatives dans la relation parent-enfant. Ils considèrent ces expériences comme étant des stresseurs puisque ces événements sont à la fois communs et générateurs d'anxiété pour les enfants. De plus, les attitudes parentales négatives représentent une menace potentielle aux ressources de coping de l'enfant.

Les recherches sur les adultes font ressortir une différence entre les processus de coping chez les individus souffrant de symptômes légers et sévères de dépression (Folkman & Lazarus, 1986 ; Mitchell, Cronkite & Moos, 1983). En effet, les dépressifs ont tendance à utiliser un style de coping davantage *centré sur l'émotion* (Billings & Moos, 1984). Les enfants de parents dépressifs ont donc plus de chances de développer des stratégies de coping qui se réfèrent au style *centré sur l'émotion*. Les parents dépressifs et leurs enfants ont tendance à vivre davantage de stress que les familles non dépressives (Brown & Harris, 1978). Emery, Weintraub et Neale (1982) observent que les stress associés à un parent dépressif viennent faire obstruction au développement adaptatif de l'enfant et accroissent le risque de psychopathologie chez les enfants de parents dépressifs.

### 3.5 Stratégies de coping et dépression

Il existe un lien clair entre le coping et la détresse psychologique qui stipule que les stratégies de coping associées à des événements de vie stressants augmentent les risques de psychopathologie. Billings et Moos (1981) soutiennent que le coping d'évitement a un lien positif avec la détresse psychologique. Kobasa (1982 tiré de Holahan & Moos, 1987) observe que les avocats qui utilisent davantage de stratégies de coping d'évitement démontrent plus de symptômes d'épuisement physique et psychologique. De façon générale, la résolution de problème est reliée à la présence de moins de symptômes dépressifs et à une plus grande confiance en soi ; la décharge de ses émotions (*emotional discharge*) est associée à davantage de symptômes physiques et dépressifs.

Ce lien est également présent chez les enfants. Ebata et Moos (1989) ont trouvé que cette stratégie d'évitement (l'oubli) est associée aux symptômes d'anxiété et de dépression chez les enfants, tels que rapportés par les enfants eux-mêmes. Herman-Stahl et Petersen (1996) arrivent à la conclusion que les faibles habiletés de coping ainsi que les faibles perceptions d'efficacité qu'ont de jeunes adolescents sont plus fortement en lien avec les symptômes dépressifs qu'avec le stress. De plus, leurs résultats suggèrent que les adolescents souffrant de symptômes dépressifs manifestent des habiletés de coping plus pauvres et des attentes d'efficacité personnelle plus négatives, en plus d'avoir des relations moins satisfaisantes avec leur famille et leurs pairs.

Compas, Worsham, Ey et Howell (1996) se sont intéressés au coping d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes qui étaient confrontés au cancer d'un de leur parent. La perception de l'enfant du sérieux de la maladie et du stress rattaché à l'état de santé du parent est plus fortement reliée aux efforts de coping qu'aux caractéristiques de la maladie. Le cancer d'un parent devient un stresseur relativement non contrôlable pour un enfant, ce qui lui laisse peu de possibilités d'exercer un contrôle personnel. Il a été démontré qu'une perception élevée de contrôle et l'utilisation de stratégies de coping *centrées sur le problème* sont associées à une faible détresse psychologique chez les enfants, adolescents et adultes qui doivent s'adapter à une variété de stresseurs différents (Compas et al., 1988 ; Forsythe & Compas, 1987 ; Weisz et al., 1994). Les résultats de l'étude de Compas et al. (1996) suggèrent que l'utilisation du coping *centré sur les émotions* et, de façon plus spécifique, les efforts pour éviter de penser au cancer de leur parent, sont associés à des symptômes plus grands d'anxiété et de dépression, à une perception de contrôle faible ainsi qu'à la présence d'un faible niveau de coping *centré sur le problème* chez les enfants de parents atteints d'un cancer.

Kenealy (1989) s'est intéressée aux connaissances qu'ont les enfants vis-à-vis de la dépression. Elle a vérifié, à l'aide d'entrevues, si les enfants savaient comment se comporter lorsqu'ils se sentaient déprimés. La stratégie la plus mentionnée fut «jouer avec un ami». Rippere (1977a tiré de Kenealy, 1989) avait d'abord mené cette étude auprès d'adultes et avait obtenu «voir un ami» comme stratégie la plus citée. De plus,

77% des enfants ont nommé au moins une stratégie de jeu et 25% ont mentionné des stratégies d'évitement. Lorsqu'on leur demandait d'identifier la stratégie qui les aidait à se sentir mieux, ils rapportaient «jouer avec un ami» en tête de liste.

Asarnow, Carlson et Guthrie (1987) soutiennent que les enfants dépressifs génèrent plus de stratégies de coping non pertinentes à leurs problèmes que les enfants non dépressifs. De plus, ils ont tendance à utiliser des comportements négatifs ou d'évitement afin de tolérer les affects négatifs. Herman-Stahl et Petersen (1996) ajoutent que les adolescents dépressifs (évalués par le *Children Depression Inventory* : CDI) rapportent des niveaux de ressources personnelles et sociales plus faibles. Cela va dans le sens des recherches antérieures qui indiquent que les jeunes dépressifs utilisent moins de coping adéquat, sont engagés dans plus d'attribution négatives et ont des relations interpersonnelles plus pauvres (Compas et al., 1988 ; Puig-Antich et al., 1985a ; Seligman et al., 1984). Asarnow et al. (1987) attestent qu'il n'y a pas de différence entre les enfants suicidaires et les enfants non suicidaires quant à la quantité de stratégies de coping générées au *Coping Strategies Test* (CST). Cela paraît cohérent avec les précédentes études qui observent des relations non significatives entre la dépression et l'habileté à produire des solutions alternatives aux problèmes de niveau social et émotionnel (Doerfler et al., 1984 ; Mullins et al., 1985). Toutefois, les résultats démontrent que les enfants non suicidaires ont généré plus de stratégies de coping actif que les enfants suicidaires. Les résultats de l'étude de Klimes-Dougan et Bolger (1998)

auprès d'adolescents, suggèrent que les stratégies de coping utilisées par les enfants de mères dépressives et par les enfants de mères non dépressives sont comparables. Folkman et Lazarus (1986) affirment que les dépressifs ont tendance à utiliser davantage de stratégies de coping, indifféremment de la forme, que les non dépressifs.

Kennedy, Spence et Hensley (1989) soutiennent que les enfants dépressifs démontrent des habiletés sociales déficientes, des pauvres relations avec leurs pairs et des habiletés réduites de résolution de problèmes interpersonnels. Kaslow et al. (1984) affirment qu'il y a un lien entre la dépression chez l'enfant et les déficits dans la résolution de problèmes. Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme et Guskin (1995) observent que les enfants de mères dépressives donnent un moins grand nombre de réponses de résolution de problèmes pendant l'entrevue.

Seligman (1975) a observé le comportement de résignation acquise chez des enfants. Ceux-ci deviennent passifs et ne persistent pas à la tâche. Ils ne tentent pas de trouver des solutions aux problèmes auxquels ils font face et ils perdent leur motivation et leur enthousiasme devant de nouvelles situations. Dweck (1975) note que ces enfants parlent de façon pessimiste de leurs habiletés à accomplir les tâches. Le modèle de résignation acquise explique la dépression chez l'enfant comme étant la perception qu'il a d'être incapable d'échapper à des situations aversives. Donc, lorsque les enfants prennent pour acquis que leurs efforts pour éviter les expériences négatives seront inefficaces, ils deviennent passifs et développent des affects dépressifs. Jeney-Gammon et al. (1993)

émettent l'hypothèse, en s'appuyant sur la théorie de la résignation acquise, que les enfants les plus symptomatiques perçoivent leurs stratégies de coping comme étant moins efficaces, ce qui les rend plus passifs et donc, ils utilisent moins de stratégies de coping. Cependant, contrairement à leur prédition, Jeney-Gammon et al. (1993) notent que l'efficacité de coping perçue par l'enfant lui-même n'est pas significativement reliée à la symptomatologie. Les auteurs ont mesuré l'efficacité du coping de deux façons : 1) la perception de l'enfant lui-même et 2) la perception du groupe d'enfants. Les enfants qui rapportaient une symptomatologie plus sévère au *Children Depression Inventory* (CDI) avaient tendance à utiliser des stratégies qui en moyenne, étaient perçues par le groupe comme étant moins efficaces. Il semble alors que l'efficacité du coping est reliée à la dépression mais que la relation avec la perception qu'a l'enfant de son propre coping n'est pas claire.

Cole (1990) évalue la compétence académique et sociale chez 750 enfants de niveau élémentaire (4<sup>ème</sup> année) et la relation avec la dépression, mesurée par le *Children Depression Inventory* (CDI) et le *Children Loneliness Questionnaire* (CLQ), deux mesures d'auto-passation. Il note que la compétence est négativement reliée à la dépression. Il observe également que l'accumulation de plusieurs incompétences est en lien avec une probabilité élevée de dépression tandis que l'accumulation de plusieurs compétences réduit les risques de dépression. Il définit la compétence comme étant un processus pour gérer efficacement son environnement, pour s'adapter. Enfin, il soutient

que l'incompétence est un indicateur plus puissant du score de dépression que la compétence.

## Objectifs de recherche et hypothèses

Le but de cette recherche est d'évaluer l'effet de la dépression maternelle sur le coping de son enfant. Nous vérifierons également si la dépression maternelle est en lien avec la présence de dépression et de troubles extériorisés de la conduite chez l'enfant.

### Hypothèses

H1 : Les enfants de mères dépressives présentent un taux plus élevé de dépression que les enfants de mères non dépressives.

H2 : Les enfants de mères dépressives présentent un taux plus élevé de troubles extériorisés de la conduite que les enfants de mères non dépressives.

H3 : Il n'y a pas de différence entre les enfants de mères dépressives et les enfants de mères non dépressives quant à la fréquence d'utilisation des stratégies de coping.

H4 : Les enfants de mères dépressives ont une perception plus négative de l'efficacité des stratégies de coping qu'ils utilisent que les enfants de mères non dépressives.

## Chapitre Deux :

### Méthode

Le deuxième chapitre comporte deux parties. La première porte sur la description de l'échantillon et la seconde présente les instruments de mesure utilisés ainsi que le déroulement de l'expérimentation. Quatre questionnaires ont été utilisés : deux remplis par la mère (l'Inventaire de Dépression de Beck et le *Child Behavior Checklist*) et deux complétés par l'enfant (le *Schoolagers' Coping Strategies Inventory* et le *Children Depression Inventory*).

### Participants

L'échantillon est composé de deux groupes distincts. Les sujets constituant le groupe contrôle sont des enfants qui proviennent de quatre classes de niveau primaire de la Commission Scolaire du Centre-de-la-Mauricie : 3<sup>ème</sup> année (école Ste-Marie de Ste-Flore de Grand-Mère) ; 4<sup>ème</sup> année (école Lafleche de Grand-Mère) ; 5<sup>ème</sup> année (école St-Joseph de Shawinigan) et 6<sup>ème</sup> année (école Dominique-Savio de St-Georges-de-Champlain). Dans ce groupe, nous retrouvons 85 enfants âgés entre 8 et 13 ans (moyenne : 10.18 et écart-type : 1.16). Pour le groupe expérimental, nous avons recruté des mères considérées dépressives en fonction des critères du DSM IV et qui consultaient à la clinique externe de psychiatrie de Shawinigan. Avec leur permission,

nous avons évalué leurs enfants ( $n = 22$ ) âgés entre 8 et 13 ans dont la moyenne est de 9.32 et l'écart-type est de 1.39.

### Instruments de mesure

#### Fiche de renseignements personnels sur les sujets

En première partie des questionnaires, nous retrouvons une fiche de renseignements personnels consignant certaines informations sur les sujets (enfants et mères) : âge, sexe et niveau scolaire.

#### A) Questionnaires complétés par la mère

##### L'Inventaire de Dépression de Beck (BDI) :

L'Inventaire de Dépression de Beck (BDI ; Beck, 1978) est un outil largement utilisé dans les recherches pour mesurer les symptômes dépressifs. La première version de ce questionnaire date de 1961 (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh). Plusieurs modifications ont été apportées depuis et la plus récente révision remonte à 1978. Selon

Pichot et Lempérière (1964) le BDI est, à l'heure actuelle, l'instrument le plus satisfaisant dans le domaine de l'évaluation de la dépression.

Le BDI mesure quatre groupes de facteurs dépressifs : manifestations émotionnelles, facteurs cognitifs, déclin de la motivation et facteurs physiques. Le questionnaire est composé de 21 items décrivant chacun une catégorie de symptômes et d'attitudes. Chaque item décrit une manifestation comportementale spécifique de la dépression et est constitué d'une série de 4 propositions, graduées de 0 à 3 qui reflètent la gravité du symptôme. Le sujet doit indiquer, parmi ces propositions, celle qui décrit le mieux la façon dont il s'est senti au cours des sept derniers jours. Les attitudes et symptômes sont les suivants :

1- Humeur	12- Repliement social
2- Pessimisme	13- Indécision
3- Sentiment d'échec	14- Image du corps
4- Insatisfaction	15- Inhibition pour le travail
5- Sentiment de culpabilité	16- Troubles du sommeil
6- Sentiment de punition	17- Fatigabilité
7- Haine de soi-même	18- Perte d'appétit
8- Auto-accusations	19- Perte de poids
9- Souhaits d'auto-punition	20- Préoccupations somatiques
10- Pleurs	21- Perte de libido
11- Irritabilité	

Le résultat au BDI s'obtient en additionnant les scores de chacun des 21 items. Le résultat total varie entre 0 (absence de symptômes dépressifs) et 63. Beck a catégorisé l'intensité des symptômes dépressifs à partir du résultat au questionnaire : absence de dépression (0 à 9), dépression légère (10 à 15), dépression modérée (16 à 23) et dépression sévère (24 et plus) (Burns & Beck, 1978 tiré de Bourque et Beaudette, 1982). Oliver et Simmons (1984) suggèrent qu'avec une population normale, un score total au BDI plus grand que 15 peut refléter une dépression possible. Cependant, une entrevue clinique est nécessaire pour le confirmer. Dans notre étude, nous établirons le seuil de coupure à 15, c'est-à-dire que tous les sujets qui auront un score supérieur à 15 seront considérés comme dépressifs.

La consistance interne du BDI (Beck et al., 1961 ; Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), par la méthode «split-half» se chiffre à .86 (.93 après correction de l'atténuation par la formule de Spearman-Brown). De plus, une variation du test-retest a permis d'indiquer une relation pertinente entre l'instrument et l'état clinique du patient. En effet, on a trouvé qu'un changement dans le score total du BDI correspondait également à un changement dans l'intensité de la dépression, tel qu'observé en entrevue clinique par un psychiatre.

La validité concourante du BDI (Beck et al., 1961 ; Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) a été supportée par de nombreuses recherches utilisant l'évaluation

clinique ou les tests psychométriques. Les études ont été réalisées dans trois différents centres de recherche avec des échantillons différents et des procédures différentes. Les corrélations entre les résultats au questionnaire et les jugements cliniques étaient très semblables (.61, .65, .66 et .67). Ces corrélations ont été trouvées significatives.

On a également vérifié la validité avec d'autres tests mesurant la dépression. La relation entre le BDI et le *Hamilton Rating Scale* a été évaluée par Schwab, Bialow et Holtzer (1967 tiré de Beck, 1977). Ils ont obtenu un coefficient de Spearman de .75 entre les deux instruments. La corrélation entre le questionnaire de Beck et l'échelle «D» du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) est de .75. Également, on a fait subir une mesure de discrimination entre l'anxiété et la dépression au BDI. On constate un coefficient de corrélation de .59 par rapport à l'évaluation clinique de la dépression et de .14 en rapport à l'évaluation clinique de l'anxiété. On peut donc conclure que le BDI est capable de discriminer l'anxiété de la dépression. Gottschalk, Gleser et Springer (1963 tiré de Beck, 1977) ont trouvé une corrélation significative (.47) entre le résultat au BDI et le résultat à une échelle d'hostilité-intériorité. Nussbaum et Michaux (1963 tiré de Beck, 1977) ont découvert une corrélation négative significative entre le questionnaire de Beck et un test d'humour. Enfin, on a découvert que le BDI donnait approximativement les mêmes résultats que l'évaluation clinique des psychiatres lorsqu'on l'utilisait comme critère pour tester des hypothèses à propos de la dépression.

Bourque et Beaudette (1982) ont procédé à une étude psychométrique du BDI auprès d'une population francophone (498 étudiants de l'université de Moncton). Les résultats correspondent à ceux obtenus par Oliver et Burkam (1979 tiré de Bourque et Beaudette, 1982) auprès d'un échantillon d'étudiants américains du même groupe d'âge. La consistance interne, mesurée par la formule 21 du Kuder-Richardson, est de .92 pour la formule standard. La méthode test-retest avec un intervalle de 4 mois donne une bonne stabilité temporelle ( $r = .62$ ,  $p < .001$ ). Bourque et Beaudette (1982) affirment que la version française du BDI s'avère fidèle et stable.

#### Le *Child Behavior Checklist* (CBCL)

Nous utilisons le *Child Behavior Checklist* (CBCL ; Achenbach & Edelbrock, 1983) traduit en français par Lacharité et Villemure (1992), afin d'évaluer les troubles extériorisés du comportement chez les enfants. Il existe quatre versions du CBCL : 1) questionnaire rempli par les parents ; 2) le *Teacher's report form* (rempli par les professeurs) ; 3) le *Youth self report* (YSR) (questionnaire d'auto-passation rempli par les enfants eux-mêmes) ; 4) le *Direct Observation Form* (DOF) (grille d'observation de l'enfant dans des situations de groupe). Nous avons choisi le questionnaire que les parents doivent remplir étant donné leur plus grande disponibilité. De plus, la forme d'auto-passation ne convenait pas aux enfants du groupe d'âge sélectionné pour notre recherche. Enfin, Conrad et Hammen (1989) ont constaté que les mères dépressives

rapportaient correctement les symptômes de leurs enfants au CBCL lorsqu'on comparait leurs réponses avec celles données par leurs enfants.

Le CBCL mesure les troubles extériorisés et intérieurisés du comportement des enfants âgés entre 4 et 16 ans. L'instrument renferme 118 questions. Le CBCL demande aux parents de décrire le comportement de leur enfant depuis les six derniers mois à l'aide d'une échelle de type Likert. On leur présente une liste de comportements et ils évaluent si cela 0) «n'est pas vrai» ; 1) «est quelque fois vrai» ; 2) «est très souvent vrai» pour leur enfant. Le questionnaire prend environ 5 minutes à remplir. Le résultat s'obtient en additionnant les scores pour chacun des items. Ce résultat donne un score brut. Afin de comparer les résultats, on se réfère, selon l'âge et le sexe de l'enfant, à un des six profils standardisés (score T) : fille 4-5 ; fille 6-11 ; fille 12-16 ; garçon 4-5 ; garçon 6-11 ; garçon 12-16. Selon les paramètres d'Achenbach, un résultat standardisé supérieur à 63 équivaut à des problèmes de comportements et un résultat standardisé inférieur à 60 représente une absence de problèmes de comportement.

Le CBCL présente de très bonnes propriétés psychométriques. L'échelle extériorisée (troubles du comportement) a une impressionnante validité de construit. Weissman, Orvaschel et Padian (1980) ont trouvé que les scores rapportés par les mères au *Conners' Parent Questionnaire* (Connors, 1973) et au CBCL avaient une très bonne corrélation ( $r = .91$ ). La fiabilité est également jugée très bonne. Les auteurs rapportent

une fidélité de .985 à l'échelle extériorisée (troubles du comportement) chez les groupes cliniques. Chez les groupes non cliniques (population normale), Achenbach et Edelbrock (1983) rapportent une fidélité très bonne. La fidélité test-retest s'élevait à .952 après un intervalle d'une semaine et à .838 après un intervalle de trois mois pour l'échelle extériorisée (troubles du comportement).

Pour les besoins de cette recherche, nous n'avons utilisé que l'échelle d'extériorisation. Ce sont les mères qui ont répondu aux 33 questions qui composent l'échelle extériorisée. Il nous semblait évident de demander à la mère de remplir le questionnaire puisque nous voulions que les répondants soient comparables à ceux du groupe clinique qui sont des mères. La somme des scores aux échelles «comportement délinquant» et «comportement agressif» détermine le score total à l'échelle d'extériorisation.

#### B) Questionnaires remplis par l'enfant

##### Le *Children Depression Inventory* (CDI)

Le *Children Depression Inventory* (CDI ; Kovacs, 1982) est le meilleur instrument actuellement disponible pour mesurer les symptômes dépressifs chez les enfants (Goldstein & Hersen, 1984 ; Kazdin, 1981). Ce questionnaire est une adaptation, pour

les enfants, du *Beck Depression Inventory* (BDI ; Beck, 1978). Kovacs a d'abord collaboré avec Beck puis, elle a utilisé le BDI comme modèle pour la conception du CDI.

Le CDI est un instrument d'auto-passation composé de 27 items. On demande à l'enfant de choisir parmi trois propositions d'intensités différentes, laquelle le décrit le mieux. Les trois possibilités s'offrent en fonction d'une échelle de type Likert où les valeurs vont de 0 (absence de symptômes dépressifs) à 2 (le symptôme est sévère et présent la majeure partie du temps). Le questionnaire s'adresse aux jeunes âgés entre 8 et 17 ans. Le résultat total au CDI varie entre 0 et 54. Pour l'obtenir, on additionne le score à chacun des 27 items. Pour notre étude, nous retenons 13 comme seuil de coupure, c'est-à-dire que les sujets ayant un score total supérieur à 13 sont considérés comme dépressifs. Kovacs (1981 tiré de St-Laurent, 1990) a d'abord rapporté que le score total moyen au CDI, pour une population non clinique, était de 9. Puis, elle a suggéré un seuil de coupure à 19 qui représentait en fait le 90<sup>e</sup> percentile. Suite à quelques analyses, Kovacs (1983 tiré de St-Laurent, 1990) a conclu que 13 devrait être considéré comme un point de départ puisqu'il correspondait au score moyen au CDI des enfants souffrant de dépression majeure.

Kovacs (1983 tiré de St-Laurent, 1990) obtient une consistance interne de .87 à partir d'un échantillon de 860 jeunes (7 à 17 ans). Friedman et Butler (1979 tiré de St-Laurent, 1990) ont des résultats semblables (.86) avec un échantillon de 928 enfants (8 à

13 ans). Kovacs (1978 tiré de St-Laurent, 1990) parvient à une consistance interne de .86 avec un échantillon d'enfants référés en psychiatrie. La validité concourante a aussi été supportée par plusieurs études. Kovacs (1978 tiré de St-Laurent, 1990) rapporte une forte corrélation ( $r = .59$ ) entre le résultat au CDI et une mesure d'estime de soi. On observe également une corrélation positive ( $r = .65$ ) entre le résultat au CDI et une mesure d'anxiété. On a aussi noté que les enfants diagnostiqués dépressifs à partir des critères du DSM-III avaient des scores plus élevés au CDI que les enfants non dépressifs.

Enfin, la fidélité test-retest du CDI a été jugée bonne. Friedman et Butler (1979 tiré de St-Laurent, 1990) ont obtenu un coefficient de .72 après un intervalle de neuf semaines. Blumberg et Izard (1986 tiré de St-Laurent, 1990) sont parvenus, après quatre mois d'intervalle, à une stabilité temporelle de .71. Après six mois d'intervalle, Seligman et Peterson (1986 tiré de St-Laurent, 1990) trouvent un coefficient de stabilité de .80. Kovacs (1983), quant à elle, rapporte un coefficient de .82 après un intervalle d'un mois auprès d'un échantillon d'enfants diabétiques.

La version française du CDI a été réalisée par C. Mack et L. Moor (1982). Lise St-Laurent (1990) a procédé à une étude psychométrique du CDI auprès d'un échantillon francophone de la région de Québec (470 enfants). Les résultats sont semblables à ceux obtenus pour la version originale du questionnaire. St-Laurent rapporte une consistance

interne de .92. La fidélité test-retest a été jugée bonne ( $r = .70$ ,  $p < .01$ ) après un intervalle de six semaines.

### Le *Schoolagers' Coping Strategies Inventory* (SCSI)

Le *Schoolagers' Coping Strategies Inventory* (SCSI ; Ryan, 1990) est un outil relativement peu connu. C'est un instrument qui donne une mesure généralisée du coping chez l'enfant. Il s'appuie sur la théorie de Lazarus dont l'outil (*Ways of Coping Checklist*, 1984) a été élaboré pour des adultes. Toutefois, contrairement à ce questionnaire, le SCSI ne différencie pas les stratégies de coping centrées sur le problème et celles centrées sur l'émotion.

Le SCSI n'était disponible qu'en version anglaise. Nous avons obtenu la permission écrite de l'auteure (Ryan) pour utiliser le questionnaire avec une population francophone. La traduction française du SCSI a été d'abord faite par l'auteure (Grenier, 1997) et révisée par la directrice de recherche (Pronovost, 1997). Elle a finalement été soumise à un linguiste (Poirier, 1997) pour fin de vérification et de correction.

Le SCSI est un questionnaire destiné aux enfants âgés entre 8 et 12 ans. Il est constitué de 26 énoncés identifiant des stratégies. Le test est divisé en deux échelles séparées : 1) fréquence d'utilisation des stratégies de coping ; 2) perception de l'efficacité

des stratégies de coping. Pour chacune des 26 stratégies, on demande à l'enfant de répondre à deux questions (les deux échelles). Premièrement, il doit identifier combien de fois il utilise chaque stratégie pour résoudre une situation stressante. Il choisit avec l'aide d'une échelle Likert en quatre points : 0) «jamais» ; 1) «quelques fois» ; 2) «souvent» ; 3) «la plupart du temps». Deuxièmement, on demande à l'enfant si chacune des stratégies énumérées l'aide à résoudre une situation stressante. Il répond à une échelle Likert en quatre points : 0) «je ne le fais pas» ; 1) «ça ne m'aide pas» ; 2) «ça m'aide un petit peu» ; 3) «ça m'aide beaucoup». On obtient un score pour chacune des deux échelles en additionnant le résultat à chacun des énoncés. Chacun de ces deux scores est interprété séparément puisque l'auteure suggère de ne pas tenir compte de l'échelle de score total qui est en fait l'addition du résultat de chacune des deux échelles. La traduction du questionnaire se retrouve en Appendice A.

Pour construire ce test, Ryan (1990) a d'abord demandé à 103 élèves de 8 à 12 ans (3<sup>ième</sup> à 6<sup>ième</sup> année) d'identifier le genre de choses qu'ils font lorsqu'ils se sentent stressés. On demandait à ces enfants de faire une liste des stratégies qu'ils utilisent avant, pendant et après l'événement stressant, et de dire ensuite si les stratégies qu'ils utilisent les aident à se sentir mieux. L'auteure a ressorti une liste de 518 stratégies de coping réparties dans 13 catégories. Suite à cela, un questionnaire de 30 items a été développé en utilisant trois à quatre items provenant de chacune des cinq catégories les plus populaires et un à deux items venant de chacune des huit autres catégories. On a administré ce questionnaire à

107 élèves de 8 à 12 ans. Les enfants répondaient aux deux échelles : fréquence d'utilisation et perception d'efficacité et obtenaient un score entre 0 et 3 pour chacun des items sur chacune des échelles. L'étendue des résultats se chiffrait entre 18 et 129 sur une possibilité de 0 à 180. La consistance interne de l'instrument était de .85. Cependant, il y avait 8 items très interreliés qui furent remplacés par 3 autres items. Puis l'instrument de 30 items a été réduit à 26 items.

Pour mesurer la validité de construit, l'auteure s'appuie sur Polit et Hungler (1987 tiré de Ryan-Wenger, 1990). Ils affirment qu'on peut observer la validité de construit si les scores mesurés sont différents selon les groupes en fonction de certaines caractéristiques. L'auteure a séparé ses sujets en trois groupes en fonction de la caractéristique symptôme : 1) un symptôme ; 2) deux symptômes et plus et 3) aucun symptôme. Un ANOVA a démontré des différences significatives entre les groupes pour l'échelle de fréquence d'utilisation, ( $p = .006$ ), pour l'échelle de perception de l'efficacité ( $p = .048$ ) et pour l'échelle de score total (addition des deux autres échelles ;  $p = .01$ ). Et comme il était attendu, les scores moyens des enfants avec deux symptômes et plus ont eu des résultats légèrement plus bas que les enfants n'ayant qu'un symptôme. Cette technique avec les groupes de sujets a donné un support adéquat pour la validité de construit.

On a établi une consistance interne de .79 pour le SCSI, ce qui est un bon résultat pour un nouvel instrument. L'alpha de Cronbach était de .76 pour l'échelle de fréquence d'utilisation et de .77 pour l'échelle de perception de l'efficacité. La fiabilité test-retest s'établissait à .73 pour l'échelle de fréquence d'utilisation et de .82 pour l'échelle de perception de l'efficacité. Toutes ces corrélations étaient modérément élevées et significatives à  $p < .001$ .

## Déroulement

### 1) Groupe contrôle

Nous avons personnellement assumé la collecte de données dans quatre groupes-classes de niveau primaire lors d'une période régulière de cours. Ces rencontres avaient une durée approximative de 45 minutes et ont eu lieu entre janvier et février sauf pour la classe de 6<sup>ième</sup> année qui a été visitée en juin. La passation s'est effectuée en groupe. Nous avons remis une enveloppe à chaque enfant ayant obtenu préalablement l'autorisation écrite de ses parents de participer à cette recherche. Ceux qui n'avaient pas reçu cette autorisation restaient en classe et lisaient. Cette enveloppe contenait les questionnaires destinés à la mère ainsi que ceux destinés à l'enfant. On demandait d'abord à l'enfant de vérifier si le numéro inscrit sur son questionnaire correspondait au numéro inscrit sur

celui de sa mère. Ensuite, l'enfant remettait le questionnaire de sa mère dans l'enveloppe. Puis, il devait répondre au CDI ainsi qu'au SCSI. Toutes les questions étaient lues à voix haute par l'expérimentateur et il répondait également aux interrogations. Suite à la passation, on demandait à l'enfant d'amener à la maison l'enveloppe contenant les questionnaires destinés à la mère afin que celle-ci puisse répondre au BDI et au CBCL. Enfin, l'enfant ramenait l'enveloppe à son professeur qui se chargeait de remettre le tout à l'expérimentateur.

## 2) Groupe expérimental

Nous avons procédé de façon inverse avec ce groupe car c'était plus facile ainsi d'avoir accès à des enfants de mères dépressives. Nous avons demandé la collaboration des divers intervenants de la clinique externe de psychiatrie de Shawinigan, étant donné qu'ils connaissaient le diagnostic de dépression de leurs patientes, pour qu'ils puissent agir à titre d'intermédiaires. En effet, ceux-ci pouvaient communiquer avec les mères dépressives, leur expliquer le but de la recherche et obtenir leur permission écrite d'être contactées par l'expérimentateur. Étant donné que le diagnostic de dépression était déjà connu, les mères du groupe clinique n'ont pas répondu au BDI. Suite à cela, l'expérimentateur téléphonait à la personne, lui expliquait ce qui était attendu d'elle, vérifiait si elle était toujours intéressée puis prenait rendez-vous. L'expérimentateur se rendait au domicile du sujet le jour convenu. À son arrivée, il expliquait d'abord à la

mère comment remplir le CBCL puis ensuite il rencontrait l'enfant dans une pièce où ils étaient seuls. Finalement, l'expérimentateur lisait les questions avec l'enfant et répondait aux interrogations de celui-ci.

### Variables d'étude

La dépression maternelle est considérée comme la variable indépendante. Il y a trois variables dépendantes : le niveau de dépression chez l'enfant (mesuré par le CDI), les troubles extériorisés de la conduite chez l'enfant (mesurés par le CBCL) et le coping chez l'enfant, c'est-à-dire la fréquence d'utilisation des stratégies de coping et la perception de l'efficacité de ces mêmes stratégies (mesurées par le SCSI).

## Chapitre Trois :

### Résultats

Le présent chapitre se divise en deux parties. Dans un premier temps, nous décrivons les différentes analyses statistiques utilisées. En second lieu, nous procédon à la présentation des résultats obtenus suite à ces analyses ainsi qu'à la vérification de nos hypothèses.

Avant de présenter les analyses, il est important de tenir compte de certaines transformations concernant les instruments de mesure. En effet, lors de la phase de correction du CDI, on doit considérer que certains items sont inversés (items 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 21, 24 et 25). De plus, comme nous l'avons mentionné au chapitre deux de ce mémoire, le CBCL transforme des données brutes en scores t.

En ce qui a trait aux populations d'étude, nous avions prévu, à prime abord, d'apparier les sujets de nos deux groupes. Lorsque nous avons divisé chacun des groupes en deux afin d'obtenir quatre groupes de comparaison, il nous fut impossible d'obtenir des analyses de variance convaincantes compte tenu que parfois le nombre de participants dans ces groupes était relativement petit (ex. groupe contrôle dépressif :  $n = 2$ ). C'est pourquoi nous avons finalement choisi de comparer nos populations d'étude sans les appairer (groupe de contrôle :  $n = 85$  ; groupe expérimental :  $n = 22$ ).

Afin d'obtenir un groupe de comparaison adéquat (absence de dépression chez les participantes), nous avons utilisé le BDI chez les mères du groupe contrôle. Les résultats obtenus confirment que notre groupe est non dépressif. La moyenne se situe à 4.76 et l'écart-type se chiffre à 3.83. Toutes les mères ont eu un score de 13 ou moins au BDI.

À la fin de l'expérimentation, nous avions 88 participants dans le groupe contrôle. Nous avons décidé d'en retirer trois (*outliers*) puisque leurs résultats au CDI venaient biaiser la moyenne des autres participants.

Nous avons utilisé des tests-t afin de vérifier chacune de nos quatre hypothèses. Par la suite, nous avons réparti nos participants en quatre groupes en fonction du résultat obtenu au CDI (ligne de coupure à 13). Cette répartition nous a permis de faire des analyses de variance entre ces groupes par rapport à la fréquence d'utilisation de chacune des stratégies de coping. Nous avons également pu vérifier si on retrouvait des différences entre ces groupes d'enfants en fonction de diverses autres variables (le taux de troubles extériorisés de la conduite, le nombre de stratégies de coping différentes utilisées et la perception de l'efficacité de ces stratégies de coping). Enfin, nous avons évalué si l'agressivité mesurée par le CBCL corrélait avec les stratégies de coping agressives mesurées par le SCSI. Finalement, nous avons effectué des analyses descriptives afin de mieux comprendre le sens de nos résultats.

## Présentation des résultats

Pour chacune de nos hypothèses, nous avons eu recours à des tests-t afin de vérifier s'il y avait des différences significatives entre nos deux groupes d'enfants.

### A) Dépression chez l'enfant

Une enquête de Santé Québec (1993) révèle que la prévalence de la dépression majeure, chez les enfants de 6 à 11 ans, se situe à 4.1% chez les garçons et à 2.7% chez les filles, lorsque la dépression est évaluée par l'enfant lui-même. Notre étude ne fait pas de distinction entre les sexes. Nous avons obtenu un taux de 22.4% (19 enfants sur 85) chez les enfants de mères non dépressives. Chez les enfants de mères dépressives, ce taux grimpe à 31.8% (7 enfants sur 22). Devant ces résultats, nous nous sommes demandées si cette différence était statistiquement significative. Le chi-carré ne révèle aucune différence significative entre les deux groupes,  $\chi^2 (1, N = 107) = .85, p > .05$ .

Le tableau 1 indique que le test-t ne démontre aucune différence significative entre le groupe contrôle et le groupe expérimental quant au facteur de dépression chez l'enfant. Ces résultats infirment donc notre hypothèse et soutiennent plutôt qu'il n'y a aucune différence entre les enfants de mères dépressives et les enfants de mères non dépressives par rapport au taux de dépression chez l'enfant.

## B) Troubles extériorisés chez l'enfant

Notre deuxième hypothèse porte sur les troubles extériorisés de la conduite. Cette fois, les résultats révèlent une différence significative (voir tableau 1). Les enfants de mères dépressives obtiennent des résultats supérieurs aux enfants de mères non dépressives et ce, après transformation en score t. Notre hypothèse est donc confirmée, c'est-à-dire que les enfants de mères dépressives présentent un taux plus élevé de troubles extériorisés de la conduite que les enfants de mères non dépressives.

Tableau 1

## Résultats comparatifs des niveaux de dépression et de troubles extériorisés du comportement dans les deux groupes d'enfants

Facteurs	Gr. Expérimental		Gr. Contrôle		T
	Moy.	E.T.	Moy.	É.T.	
Dépression	10.23	7.11	8.94	5.23	T (105) = -.95 p > .05
Troubles extériorisés	62.14	8.20	53.60	9.61	T (105) = -3.82, p <.001

La confirmation de cette hypothèse nous a amenée à nous demander s'il y a un lien entre l'agressivité mesurée par le CBCL et celle évaluée par le SCSI. En effet, dans le SCSI, nous avons relevé cinq items (10, 11, 12, 13, 26) qui, selon nous, révélaient un caractère agressif. Nous avons fait le total des scores de ces items puis nous avons comparé ce score total à celui de l'échelle «comportement agressif» du CBCL. De plus, ces deux mesures ne sont pas équivalentes puisqu'au CBCL, l'agressivité est évaluée par la mère de l'enfant alors que ce dernier répond par lui-même au SCSI. Nous avons donc procédé à des corrélations pour obtenir une réponse. De plus, ces corrélations nous permettent de juger s'il y a un biais dans notre expérimentation étant donné que ce sont les mères qui évaluent les troubles du comportement de leur enfant. Il semble qu'il y ait un lien entre ces deux variables lorsqu'on forme un groupe général avec nos deux

groupes d'étude,  $r(105) = .20$ ,  $p < .05$ . Toutefois, lorsqu'on considère nos groupes de façon séparée, on n'observe aucun lien chez les enfants de mères non dépressives,  $r(83) = .14$ ,  $p > .05$ . Chez les enfants de mères dépressives, on constate à nouveau un lien entre l'agressivité présente dans les résultats du CBCL et ceux du SCS,  $r(20) = .46$ ,  $p < .05$ .

### C) Stratégies de coping

La troisième hypothèse se rapporte à la fréquence d'utilisation des stratégies de coping. Elle se divise en deux parties : le nombre de stratégies de coping différentes utilisées ainsi que la fréquence à laquelle chacune des stratégies est utilisée. Les résultats ne montrent aucune différence entre les deux groupes (voir tableau 2). Notre hypothèse est donc confirmée puisque nous avions opté pour l'hypothèse nulle. Nous avions anticipé qu'il n'y aurait pas de différence entre les enfants de mères dépressives et les enfants de mères non dépressives quant à la fréquence d'utilisation des stratégies de coping.

La quatrième hypothèse fait référence à la perception qu'a l'enfant de l'efficacité de ses stratégies de coping. Les résultats, présentés au tableau 2, viennent contredire notre hypothèse et affirment plutôt qu'il n'y a pas de différence entre les enfants de mères

dépressives et les enfants de mères non dépressives par rapport à la perception de l'efficacité des stratégies de coping qu'ils utilisent.

Dans la démarche de validation de son instrument de mesure (SCSI), Ryan (1990) a séparé ses sujets en trois groupes. Elle a observé que les enfants ayant deux symptômes et plus ont présenté des résultats de coping plus bas que les enfants n'ayant qu'un symptôme. Nous avons utilisé cette procédure afin de vérifier s'il n'y aurait pas un effet combiné entre la dépression, les troubles extériorisés de la conduite et le coping. Ni les analyses paramétriques, ni les analyses non paramétriques n'ont révélé de différences significatives entre ces trois groupes.

Tableau 2  
Résultats comparatifs des deux groupes d'enfants à la mesure de coping

Facteur	Gr. Expérimental		Gr. Contrôle		T
	Moy.	É.T.	Moy.	É.T.	
Fréquence d'utilisation des stratégies	33.91	12.37	31.71	8.48	*T (26.32) = .79, p>.05
Nombre de stratégies utilisées	18.36	3.66	18.61	3.79	T (105) = .28, p > .05
Perception d'efficacité des stratégies	38.50	9.42	39.45	9.71	T (105) = .41, p > .05

\* Les variances sont inégales

Après la constatation de ces résultats, nous nous sommes intéressées aux différences entre les enfants de mères dépressives et les enfants de mères non dépressives en regard de la fréquence d'utilisation des stratégies de coping. Les tests révèlent qu'il y a trois stratégies qui présentent des différences significatives entre ces deux groupes (*faire des travaux autour de la maison*,  $t (105) = -2.12$ ,  $p < .05$  ; *partir, faire une fugue*  $t (55.29) = 2.06$ ,  $p < .05$ , les variances sont inégales ; et *dormir, faire une sieste*  $t (105) = 2.00$ ,  $p < .05$ ). Les enfants de mères dépressives utilisent plus souvent la stratégie *faire des travaux autour de la maison* que les enfants de mères non dépressives. Le contraire se produit pour les stratégies *partir, faire une fugue* et *dormir, faire une sieste* alors que ce sont les enfants de mères non dépressives qui se réfèrent davantage à ces stratégies.

Le tableau 3 permet de comparer les stratégies utilisées par les deux groupes d'enfants. Nous avons placé chacune des stratégies en ordre décroissant d'utilisation (de la plus utilisée à la moins utilisée) en fonction de leur groupe d'appartenance.

Tableau 3

Pourcentage des participants disant utiliser les stratégies de coping « souvent » ou « la plupart du temps »

Rang enfants de mères non dépressives	Enfants de mères dépressives
1 Regarder la tv ou écouter de la musique 61.2%	Regarder la tv ou écouter de la musique 77.3%
2 Dessiner, écrire ou lire quelque chose 60.0%	Dessiner, écrire ou lire quelque chose 72.7%
3 M'excuser ou dire la vérité 60.0%	Serrer mon animal ou mon toutou contre moi 63.7%
4 Jouer à un jeu ou à quelque chose 56.4%	Me parler à moi-même 63.7%
5 Essayer de relaxer, rester calme 55.3%	Jouer à un jeu ou à quelque chose 59.1%
6 Essayer d'oublier ce qui me tracasse 50.6%	* Faire des travaux autour de la maison 54.5%
7 Me parler à moi-même 49.4%	M'excuser ou dire la vérité 54.5%
8 Faire quelque chose par rapport à cela 48.2%	Marcher, courir ou aller en bicyclette 54.5%
9 Boire ou manger 47.1%	Essayer d'oublier ce qui me tracasse 50.0%
10 Serrer mon animal ou mon toutou contre moi 45.9%	Me ronger les ongles, faire craquer mes jointures 40.9%
11 Marcher, courir ou aller en bicyclette 45.9%	Être dans la lune, rêvasser 40.9%
12 Ronger les ongles, faire craquer mes jointures 35.3%	Faire quelque chose par rapport à cela 40.9%
13 Parler à quelqu'un 35.3%	Parler à quelqu'un 36.4%
14 Me choquer 34.2%	Essayer de relaxer, rester calme 36.4%
15 Faire des travaux autour de la maison 31.7%	Boire ou manger 31.8%
16 * Dormir, faire une sieste 28.2%	Penser à ce qui me tracasse 31.8%
17 Penser à ce qui me tracasse 25.9%	Me choquer 27.3%
18 Être dans la lune, rêvasser 24.7%	Frapper, lancer ou briser des choses 27.3%

Tableau 3

Pourcentage des participants disant utiliser les stratégies de coping «souvent» ou «la plupart du temps» (suite)

Rang enfants de mères non dépressives	Enfants de mères dépressives
19 Me refermer sur moi-même, m'isoler 20.0%	Prier 27.2%
20 Pleurer ou me sentir triste 17.7%	Me refermer sur moi-même, m'isoler 22.7%
21 Harceler quelqu'un, être sur son dos 16.5%	Pleurer ou me sentir triste 22.7%
22 Crier ou hurler 15.3%	Dormir, faire une sieste 18.2%
23 Me battre avec quelqu'un 14.1%	Crier ou hurler 18.1%
24 Prier 13.0%	Me battre avec quelqu'un 13.6%
25 * Partir ou faire une fugue 10.6%	Harceler quelqu'un, être sur son dos 13.6%
26 Frapper, lancer ou briser des choses 5.9%	Partir ou faire une fugue 4.5%

\* = significatif à .05

#### Analyses exploratoires

Après ces constatations, nous avons réparti nos participants dans quatre groupes, en fonction de la variable «dépression de l'enfant» : 1) contrôle non dépressif (n = 66) ;

2) contrôle dépressif ( $n = 19$ ) ; 3) expérimental non dépressif ( $n = 15$ ) ; 4) expérimental dépressif ( $n = 7$ ). Cela nous permet d'observer si la variable «dépression» influence la fréquence d'utilisation des stratégies de coping. Pour ce faire, nous avons soumis chacune des 26 stratégies de coping à des analyses de variance (ONEWAY). Les résultats obtenus apparaissent au tableau 4.

Enfin, les analyses de variance (ONEWAY) viennent confirmer les résultats obtenus avec les tests-t lors de la vérification de nos hypothèses. En effet, il n'y a pas de différence significative entre les groupes quant à la fréquence d'utilisation des stratégies de coping,  $F(3,103) = .57$ ,  $p > .05$ . On n'observe pas de différence significative par rapport au nombre de stratégies de coping différentes utilisées,  $F(3,103) = 1.14$ ,  $p > .05$ , ni par rapport à la perception de l'efficacité de ces stratégies de coping,  $F(3,103) = .14$ ,  $p > .05$ . On note cependant des différences significatives entre les groupes par rapport au taux de troubles extériorisés de la conduite, après transformation en score t,  $F(3,103) = 5.93$ ,  $p < .001$ . Le groupe expérimental dépressif a un taux de troubles extériorisés de la conduite plus élevé que les groupes contrôle non dépressif et contrôle dépressif. On note également que le groupe expérimental non dépressif a un taux plus élevé que le groupe contrôle non dépressif. Il est intéressant d'observer ici que le fait d'être dans le groupe clinique influence le taux de troubles extériorisés de la conduite.

Tableau 4

Répartition de l'utilisation des stratégies de coping en lien avec la dépression chez l'enfant et son appartenance au groupe expérimental ou contrôle

Enfants non déprimés	Enfants déprimés
* Faire des travaux autour de la maison (expérimental)	* Me battre avec quelqu'un (expérimental)
* Essayer de relaxer, rester calme (contrôle)	* Frapper, lancer ou briser des choses (expérimental)
	* Partir ou faire une fugue (contrôle)
	Pleurer ou me sentir triste (expérimental) (.0531)
	Harceler quelqu'un, être sur son dos (expérimental) (.0541)

\* Significatif à .05

## Chapitre Quatre :

### Discussion

Ce chapitre présente des éléments d'explications des résultats obtenus à la précédente section. Dans un premier temps, nous allons mettre en relation chacune de nos hypothèses avec les études abordées au chapitre premier. Ensuite, nous analyserons les retombées de cette étude pour une éventuelle application clinique. Enfin, nous résumerons les principales forces et faiblesses de notre recherche.

En premier lieu, les analyses effectuées ne permettent pas d'affirmer que les enfants de mères dépressives présentent un taux plus élevé de dépression que les enfants de mères non dépressives. Le faible nombre de participants de cette étude pourrait, en partie, expliquer ces résultats. Cependant, dans la recension des écrits, les auteurs ne semblent pas tous observer un lien direct entre la dépression chez la mère et la dépression chez l'enfant. On parle plutôt de risque. Weissman et Boyd (1985) remarquent que les enfants qui ont été élevés par une mère dépressive ont un risque au moins trois fois plus grand de souffrir de dépression. Néanmoins, la plupart des études s'entendent pour dire que les enfants de parents dépressifs, et plus particulièrement de mères dépressives, sont plus à risque de développer une psychopathologie que les enfants de parents non dépressifs (Beardslee et al., 1983 ; Billings & Moos, 1983 ; Burbach & Borduin, 1986 ; Hammen et al., 1987).

De plus, nous avons retrouvé un grand nombre d'enfants dépressifs dans les deux groupes de comparaison (22.4% vs 31.8%) alors que la moyenne, selon Santé Québec (1993), se situe à 4.1% chez les garçons et 2.7% chez les filles. Est-il possible que nous soyons face à deux groupes semblables par rapport à la variable «dépression» ? Si c'est le cas, cela pourrait peut-être justifier pourquoi on n'observe pas de différence significative entre ces groupes.

Un aspect de notre méthodologie pourrait également expliquer de tels résultats. En effet, une partie de notre expérimentation se déroulait en milieu clinique auprès d'une clientèle de mères jugées dépressives par un psychiatre à partir des critères diagnostiques du DSM IV. Les intervenants de la clinique agissaient à titre d'intermédiaires auprès des participantes. Nous n'avons pas directement évalué la dépression chez ces participantes puisqu'un diagnostic de dépression avait déjà été émis. Le BDI a servi uniquement à éliminer les mères dépressives de notre groupe contrôle. Or, même si l'état dépressif de la patiente était connu, d'autres détails nous échappaient. En fait, nous ne savions pas depuis combien de temps les participantes étaient suivies pour un traitement à la clinique psychiatrique, ni à quelle phase de la maladie elles étaient (par exemple : aiguë, chronique, rémission, etc.). On pourrait penser que seules les mères les plus «en forme» (moins déprimées) ont accepté de participer à notre étude. Ces informations manquantes pourraient expliquer le sens de nos résultats. En effet, Billings et Moos (1985) observent que les enfants dont les parents présentent une rémission de leurs symptômes dépressifs témoignent d'une légère amélioration mais continuent de développer davantage de

dysfonctions que les enfants du groupe contrôle. On pourrait se demander si ce n'est pas ce qui s'est produit dans notre étude.

Angold et Costello (1993) remarquent, chez les enfants pré-pubaires, que les épisodes de dépression majeure se présentent plus fréquemment en association avec d'autres troubles mentaux, plus particulièrement avec les troubles du comportement, les troubles de l'attention et les troubles anxieux. Nous pourrions croire que ce facteur a influencé nos résultats puisque nous avons observé beaucoup de troubles extériorisés de la conduite chez les enfants qui participaient à notre étude. Sans vouloir négliger le facteur «dépression», il semble que celui-ci n'était pas à l'avant-plan chez nos participants. Cela semble avoir eu, par la suite, un impact sur l'ensemble de nos résultats.

Les résultats de notre étude nous permettent d'affirmer que les enfants de mères dépressives présentent davantage de troubles extériorisés de la conduite que les enfants de mères non dépressives. Nos résultats appuient ceux obtenus par plusieurs auteurs. En effet, ceux-ci notent que les enfants de parents dépressifs ont des taux plus élevés de troubles de la conduite, de troubles oppositionnels, d'agressivité et de problèmes de l'attention que les enfants de parents non dépressifs (Cytryn et al., 1986 ; Dumas et al., 1989 ; Forehand et al., 1984 ; Orvaschel et al., 1988 ; Weissman et al., 1984 ; Zahn-Waxler et al., 1984).

Comme nous l'avions anticipé, les résultats de notre étude permettent d'alléguer qu'il n'y a pas de différence entre les enfants de mères dépressives et les enfants de mères non dépressives quant à la fréquence d'utilisation des stratégies de coping. Peu de recherches ont été menées jusqu'à maintenant sur ce sujet et elles semblent contradictoires. En effet, Folkman et Lazarus (1986) prétendent que les dépressifs ont tendance à utiliser davantage de stratégies de coping que les non dépressifs. Jeney-Gammon et al. (1993) ajoutent que la symptomatologie la plus sévère est associée à l'utilisation de plus de stratégies de coping. Le modèle de résignation acquise prédit, quant à lui, plus de passivité chez les dépressifs, ce qui veut dire une moins grande utilisation des stratégies de coping. Asarnow et al. (1987) soutiennent qu'il n'y a pas de différence entre les enfants suicidaires et les enfants non suicidaires quant à la quantité de stratégies de coping générées au *Coping Strategies Test* (CST). Les résultats de notre étude vont donc dans le même sens que ceux d'Asarnow et al. (1987). Seules des recherches subséquentes pourraient nous éclairer davantage sur ce sujet.

Il est également intéressant de s'attarder au tableau 3 du précédent chapitre car il permet de comparer les différentes fréquences d'utilisation des stratégies de coping pour chacun de nos deux groupes d'étude. Si l'on observe uniquement les 11 premières positions, on peut constater des différences (en pourcentage) qui nous permettent de dresser un portrait préliminaire de nos groupes. Tout d'abord, on remarque que les deux premières positions sont identiques chez les deux groupes d'enfants. Ensuite, une

différence appréciable est notée à la stratégie *serrer mon animal ou mon toutou contre moi*. Les enfants de mères dépressives l'utilisent à 63.7% contre 45.9% par les enfants de mères non dépressives. Cette stratégie vient au 3<sup>ème</sup> rang chez les enfants du premier groupe, alors qu'elle occupe le 10<sup>ème</sup> rang chez les autres. Une autre différence quantifiable est observée à la stratégie *faire des travaux autour de la maison*. Cette fois encore, les enfants de mères dépressives utilisent plus souvent cette stratégie que les enfants de mères non dépressives (54.5% contre 31.7%). Cette stratégie se situe au 6<sup>ème</sup> rang chez les enfants du groupe expérimental, alors qu'elle se positionne au 15<sup>ème</sup> rang chez les enfants du groupe contrôle. Enfin, on remarque une différence appréciable entre les deux groupes par rapport à la stratégie *être dans la lune, rêvasser*. Cette stratégie vient au 11<sup>ème</sup> rang chez les enfants de mères dépressives (40.9%) et au 18<sup>ème</sup> rang chez les enfants de mères non dépressives (24.7%). Suite à ces différentes observations, il devient intéressant de noter que ces trois stratégies, utilisées davantage par les enfants de mères dépressives, semblent avoir un point commun. En les regardant de plus près, elles pourraient amener un moment de distraction ou d'évasion chez ceux qui les utilisent. Peut-être détenons-nous une des caractéristiques des enfants de mères dépressives ? Cependant, ces observations demeurent très sommaires et nécessitent des recherches beaucoup plus rigoureuses.

Les résultats de la présente étude ne démontrent pas que les enfants de mères dépressives ont une perception plus négative de l'efficacité des stratégies de coping qu'ils

utilisent que les enfants de mères non dépressives. Nous avons été surprise de constater que ces résultats vont à l'encontre de notre hypothèse car Herman-Stahl et Petersen (1996) prétendent que les adolescents souffrant de symptômes dépressifs ont des habiletés de coping plus pauvres et des attentes d'efficacité personnelle plus négatives que les adolescents ne souffrant pas de tels symptômes. D'autre auteurs vont dans le même sens en affirmant que les jeunes dépressifs utilisent moins de stratégies adéquates de coping, sont engagés dans plus d'attributions négatives et ont des relations interpersonnelles plus pauvres (Compas et al., 1988 ; Puig-Antich et al., 1985 ; Seligman et al., 1984).

Le faible nombre de participants à cette étude pourrait expliquer, en partie, les résultats que nous avons obtenus. Toutefois, après mûres réflexion, nous sommes parvenue à comprendre un peu plus le sens de nos résultats. À prime abord, nous ne nous attendions pas à ce que notre première hypothèse soit réfutée. Nous supposions que les enfants de mères dépressives auraient un taux plus élevé de dépression que les enfants de mères non dépressives. Les autres hypothèses étaient construites en prenant en considération que les participants seraient, en principe, dépressifs. Nous nous sommes appuyée sur le modèle de la résignation acquise. En résumé, ce modèle stipule que les gens résignés ne s'attribuent que des choses négatives : ils sont pessimistes face à leur avenir. Cette définition convient très bien aux dépressifs. C'est pourquoi nous avons par la suite déduit que les enfants de mères dépressives, dépressifs eux-mêmes, auraient une

vision négative de leur efficacité de coping. Or, étant donné que dans la présente étude, on retrouve des enfants dépressifs dans nos deux groupes de comparaison, nos déductions peuvent s'avérer erronées étant donné que les deux groupes sont peut-être comparables. Une recherche avec un échantillon beaucoup plus grand apporterait peut-être des réponses à nos interrogations.

De plus, la passation de l'instrument de mesure que nous avons utilisé pour mesurer le coping (SCSI ; Ryan, 1990) semblait plutôt longue pour de jeunes enfants. Considérant que le niveau d'attention d'un enfant est limité, nous nous demandons si ce facteur aurait pu influencer le sens de nos résultats. En effet, plusieurs enfants se sont plaints de la longueur du test. Leur fatigue les a peut-être incité à répondre trop rapidement aux questions, ce qui peut mettre en doute la validité de leurs réponses.

Enfin, le SCSI (Ryan, 1990) est basé sur le fait que seul l'enfant est en mesure d'apprécier l'efficacité de ses propres stratégies de coping. Le test ne nous permet pas de juger ce qui est efficace selon des critères préétablis. Or, si l'enfant connaît peu de stratégies de coping, on pourrait croire que ce dernier les juge efficaces puisqu'il n'en connaît pas d'autres. De plus, le fait de considérer ses stratégies comme efficaces l'aide peut-être à se protéger contre des sentiments dépressifs. En effet, il semble raisonnable de croire qu'un enfant qui a peu de stratégies de coping à sa disposition et qui les croit inefficaces, pourrait s'auto-déprécier et devenir par la suite résigné devant ses solutions.

Cependant, l'outil de mesure que nous avons choisi, ne permet pas d'avoir plus d'informations à ce sujet. Néanmoins, nous croyons que ce facteur a pu influencer le sens de nos résultats.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes attardée aux retombées éventuelles de notre recherche. Tout d'abord, notre étude met en évidence le lien entre la dépression maternelle et les troubles extériorisés de la conduite chez l'enfant. Nous nous attendions à retrouver davantage de troubles dépressifs chez les enfants de mères dépressives. Nous avons plutôt constaté la prédominance des troubles du comportement chez ceux-ci. Néanmoins, nous avons également observé un taux élevé de dépression chez les enfants des deux groupes de comparaison. Cela pourrait expliquer pourquoi nos résultats ne démontrent pas de différence significative entre ces deux groupes.

De plus, il semble que les résultats observés dans la présente étude nous amènent à dégager des recommandations cliniques reliées à la prévention. En effet, il est possible de ne plus regarder le problème à un seul niveau. On peut prendre en considération les liens familiaux. Notre étude illustre bien pourquoi. Par exemple, si on diagnostique une dépression majeure à une mère de famille, il serait intéressant, à titre préventif, d'intervenir auprès de la famille et en particulier auprès des enfants, afin de parer à d'éventuels troubles de la conduite ou troubles dépressifs. D'un autre côté, on agirait de façon semblable si on diagnostiquait des troubles extériorisés de la conduite à un enfant.

C'est-à-dire qu'on pourrait privilégier une intervention de type familiale afin de détecter des troubles dépressifs chez la mère. De cette façon, on pourrait cesser de désigner l'enfant comme le *patient problème*. En favorisant l'approche familiale, on pourrait ainsi maximiser les résultats puisqu'on enlèverait la pression à l'enfant en remettant la responsabilité du problème à toute la famille et non à l'enfant uniquement.

En ce qui a trait aux forces de cette recherche, il importe de souligner qu'elle se démarque par son caractère innovateur. Peu d'études ont mis en relation le coping chez l'enfant avec la dépression. De plus, elle fournit des pistes de recherche intéressantes pour de futures expérimentations. Enfin, notre étude a eu lieu en partie dans un milieu clinique et cela constitue en soi une richesse pour un tel travail. En effet, la plupart du temps, les participants sont des étudiants universitaires. Nous avons également identifié certaines faiblesses à la présente étude. Tout d'abord, le nombre relativement petit de notre population a limité notre marge de manœuvre et a également pu influencer le sens de nos résultats. Puis, le fait de ne pas avoir administré le BDI aux mères du groupe expérimental peut aussi constituer une faiblesse. De plus, nous avons dénoté quelques lacunes liées au questionnaire *Schoolagers' Coping Strategies Inventory* (SCSI ; Ryan, 1990). Dans sa forme actuelle, le questionnaire semble trop long pour les enfants plus jeunes (8 et 9 ans). En effet, il y a 26 stratégies de coping identifiées mais, pour chacune d'entre elles, l'enfant devait répondre à deux questions. Nous nous demandons si la fatigue de l'enfant a pu influencer sa façon de répondre au questionnaire. De plus, avec

cet outil, il est difficile pour l'expérimentateur d'évaluer la réelle efficacité des stratégies de coping que l'enfant utilise puisque c'est ce dernier qui est le seul juge. Cependant, devant le peu d'outils auto-administrés disponibles sur le marché, le SCSI semblait le choix le plus adéquat pour notre étude.

## Conclusion

Les résultats de cette étude permettent d'affirmer que les enfants de mères dépressives présentent davantage de troubles extériorisés de la conduite que les enfants de mères non dépressives. Par contre, les résultats ne démontrent pas que les enfants de mères dépressives présentent un taux plus élevé de dépression que les enfants de mères non dépressives. Néanmoins, nous nous demandons si un plus grand échantillon aurait laissé entrevoir des différences significatives entre les deux groupes. En effet, nous avons été étonnée d'obtenir un nombre aussi élevé d'enfants dépressifs dans notre échantillon contrôle. Une enquête de Santé Québec (1993) révèle que la prévalence de la dépression majeure chez les enfants de 6 à 11 ans, se situe à 4.1% chez les garçons et à 2.7% chez les filles, lorsque la dépression est évaluée par l'enfant lui-même. Notre étude obtient un taux de 22% chez les enfants de mères non dépressives et 32% chez les enfants de mères dépressives. De plus, les résultats de notre recherche affirment, comme nous l'avions anticipé, qu'il n'y a aucune différence entre les enfants de mères dépressives et les enfants de mères non dépressives quant à la fréquence d'utilisation des stratégies de coping. Enfin, nos résultats ne permettent pas d'affirmer que les enfants de mères dépressives ont une perception plus négative de l'efficacité des stratégies de coping qu'ils utilisent que les enfants de mères non dépressives.

Nous remarquons que les résultats de cette étude révèlent davantage la prédominance des troubles extériorisés de la conduite chez les enfants de mères dépressives. Cela soulève un questionnement. Est-ce que les troubles extériorisés seraient annonciateurs des troubles dépressifs qui se manifesteraient davantage à l'adolescence ? Une étude longitudinale nous éclairerait davantage sur cette problématique.

Les conclusions de la présente étude mettent l'accent sur la nécessité de la prévention pour parvenir à une réduction des perturbations de l'enfant. Ainsi, un modèle axé sur l'intervention familiale permettrait de diminuer la pression exercée sur l'enfant en remettant la responsabilité de la maladie à l'ensemble de la famille. En effet, si une mère souffre de dépression, il serait important d'intervenir auprès de ses enfants afin de parer à d'éventuels troubles du comportement. D'un autre côté, on pourrait agir de la même façon si c'est l'enfant qui souffre de troubles extériorisés du comportement. À ce moment, on pourrait évaluer la mère afin de déceler si elle ne souffrirait pas de troubles dépressifs.

Les résultats de notre recherche ouvrent également la voie à des pistes pour des études ultérieures. Tout d'abord, il serait intéressant de reprendre la même étude afin de mieux connaître la prévalence de la dépression dans une population générale d'enfants de cet âge. De plus, il faudrait s'assurer, dans une prochaine recherche, que les mères soient

évaluées au même stade de dépression. En effet, nous n'avons pas mesuré la dépression chez les mères du groupe expérimental puisque nous connaissions déjà leur diagnostic, évalué par un psychiatre à l'aide des critères du DSM IV. Cependant, plusieurs détails nous manquaient. Nous ne savions pas depuis combien de temps les participantes étaient en traitement à la clinique psychiatrique, ni à quel stade de la dépression elles étaient (ex. rémission, aiguë, chronique, etc.). Nous croyons que ce facteur ait pu influencer nos résultats.

Nous avons noté dans le chapitre précédent que notre instrument de mesure du coping, le SCSI (Ryan, 1990), comportait différentes limites liées entre autres au temps d'administration du test. Cependant, nous croyons que la mesure du coping serait plus éclairante si d'une part, elle favorisait l'évaluation à partir d'une situation spécifique telle qu'un échec scolaire ou la maladie d'un parent, par exemple. Le SCSI (Ryan, 1990) mesure plutôt une situation générale du coping, ce qui rend la tâche beaucoup plus difficile à intégrer pour des enfants de cet âge. D'autre part, il serait plus efficace d'avoir un mode de passation différent. En effet, une entrevue semi-structurée serait plus facilitante qu'un instrument d'auto-passation puisque cela nous donnerait accès à un plus large répertoire d'informations (par exemple, le non verbal). Étant donné le peu d'instruments de mesure disponibles sur le marché, il serait intéressant de privilégier le développement de tels outils.

La présente étude apporte néanmoins une contribution supplémentaire à la recherche québécoise. C'est une des premières à mettre en relation la dépression de la mère et les différentes stratégies de coping utilisées par l'enfant pour faire face aux stresseurs de la vie quotidienne. De plus, une partie de l'expérimentation a été réalisée auprès d'une population clinique. Cela contribue grandement à l'intérêt de notre étude puisque beaucoup de recherches utilisent un échantillon d'étudiants universitaires.

## Références

Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised Child Behavior Profile*. Burlington : University of Vermont.

Altman, E.O., & Gotlib, I.H. (1988). The social behavior of depressed children : An observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 29-44.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition*. Washington : Masson.

Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P.A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children : Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry, 44*, 69-76.

Angold, A., & Costello, E.J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents : Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1779-1791.

Arieti, S., & Bemporad, J. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry, 137*, 1360-1365.

Asarnow, J.R., Carlson, G.A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 361-366.

Barkley, R.A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York : Guilford.

Beardslee, W.R. (1990). Development of a clinician-based preventive intervention for families with affective disorders. *Journal of Preventive Psychiatry and Allied Disciplines, 4*, 39-61.

Beardslee, W.R., Bemporad, J., Keller, M.B., & Klerman, G.L. (1983). Children of parents with major affective disorder : A review. *The American Journal of Psychiatry, 140*, 825-832.

Beardslee, W.R., Keller, M.B., Lavori, P.W., Klerman, G.L., Dorer, D.J., & Samuelson, H. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorders in a non-referred sample. *Journal of Affective Disorders, 15*, 313-322.

Beardslee, W.R., & Wheelock, I. (1994). Children of parents with affective disorders. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, (pp. 463-479). New York : Plenum.

Beck, A.T. (1977). Depression : Causes and treatment. Philadelphie : University of Pennsylvania press.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45, 385-389.

Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981). The role of coping responses in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.

Billings, A.G., & Moos, R.H. (1983). Comparisons of children of depressed and nondepressed parents : A social-environmental perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 463-486.

Billings, A.G., & Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.

Billings, A.G., & Moos, R.H. (1985). Children of parents with unipolar depression : A controlled 1-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 149-166.

Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte, vol 2. : La séparation, angoisse et colère*. Paris : Presses universitaires de France.

Brown, G.W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression : A study of psychiatric disorder in women*. New York : Free Press.

Burbach, D.J., & Borduin, C.M. (1986). Parent-child relations and the etiology of depression : A review of methods and findings. *Clinical Psychology Review*, 6, 133-153.

Carlson, C.L., Lahey, B.B., & Neerer, R. (1984). Peer assessment of the social behavior of accepted, rejected, and neglected children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12*, 189-198.

Carlson, G.A., & Kashani, J.H. (1988). Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: Analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1222-1225.

Cicchetti, D., & Schneider-Rosen, K. (1986). An organizational approach to childhood depression. In M. Rutter, C.E. Izard & P.B. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 71-134). New York: Guilford.

Cohen, L.H., Burt, C.E., & Bjork, J.P. (1987). Effects of life events experienced by young adolescents and their parents. *Developmental Psychology, 23*, 583-592.

Cohn, J.F., Matias, R., Tronick, E.Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. In E.Z. Tronick & T. Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbance* (pp. 31-45). San Francisco: Jossey-Bass.

Cole, D.A. (1990). Relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 422-429.

Cole, D.A., & Carpentieri, S. (1990). Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 748-757.

Compas, B.E. (1987a). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin, 101*, 393-403.

Compas, B.E. (1987b). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review, 7*, 275-302.

Compas, B.E., Malcarne, V.L., & Fondacaro, K.M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 405-411.

Compas, B.E., Worsham, N.L., Ey, S., & Howell, D.C. (1996). When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology, 15*, 167-175.

Conrad, M., & Hammen, C. (1989). Role of maternal depression in perceptions of child maladjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 663-667.

Cowen, E.L., Wyman, P.A., Work, W.C., & Parker, G.R. (1990). The Rochester child Resilience Project : Overview and summary of first-year findings. *Development and Psychopathology*, 2, 193-212.

Cox, A.D., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 917-928.

Cummings, E.M., & El-Sheikh, M. (1991). Children's coping with angry environments : A process-oriented approach. In M. Cummings, A. Greene & K. Karraker (Eds.), *Life-Span developmental psychology : Perspectives on stress and coping* (pp. 131-150), Hillsdale, N.J. : Erlbaum.

Cummings, E.M., & Zahn-Waxler, C. (1992). Emotions and the socialization of aggression : Adults' angry behavior and children's arousal and aggression. In A. Fraczek & H. Zumkley (Eds.), *Socialization and aggression* (pp. 61-84). New York and Heidelberg : Springer.

Cytryn, L., & McKnew, D. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 129, 149-155.

Cytryn, L., McKnew, D., Zahn-Waxler, C., & Gershon, E.S. (1986). Developmental issues in risk research : The offspring of affectively ill parents. In R.M. Rutter, C.E. Izard & P.B. Read (Eds.), *Depression in young people* (pp. 163-188). New York : Guilford.

Dadds, M.R., Sanders, M.R., Morrison, M., & Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder : II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 505-513.

Davenport, Y.B., Zahn-Waxler, C., Adland, M.L., & Mayfield, A. (1984). Early child-rearing practices in families with a manic-depressive parent. *American Journal of Psychiatry*, 141, 230-235.

Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1024-1037.

Denham, S.A. (1989). Maternal affect and toddlers' social-emotional competence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 368-376.

Denham, S.A., & Grout, L. (1991). Mothers' emotional expressiveness and coping : Relations with preschoolers' social-emotional competence. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 118*, 73-101.

Dodge, K.A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology, 26*, 3-6.

Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology, 44*, 559-584.

Dodge, K.A., Coie, J.D., & Brakke, N.P. (1982). Behavior patterns of socially rejected and neglected preadolescents : The role of social approach and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10*, 389-410.

Doerfler, L., Mullins, L., Griffin, N., Siegel, L., & Richards, C. (1984). Problem-solving deficits in depressed children, adolescents, and adults. *Cognitive Therapy and Research, 8*, 489-500.

Downey, G.,& Coyne, J. (1990). Children of depressed parents : An integrative review. *Psychological Bulletin, 108*, 50-76.

Dumas, J.E., & Gibson, J.A. (1990). Behavioral correlates of maternal depressive symptomatology in conduct-disorder children : II. Systemic effects involving fathers and siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 877-881.

Dumas, J.E., Gibson, J.A., & Albin, J.B. (1989). Behavioral correlates of maternal depressive symptomatology in conduct-disorder children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 516-521.

Dweck, C.S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology, 31*, 451-462.

Emery, R.E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin, 92*, 310-330.

Emery, R.E., Weintraub, S., & Neale, J.M. (1982). Effects of marital discord on the school behavior of children of schizophrenic, affectively disordered, and normal parents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10*, 215-228.

Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M.M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology, 26*, 40-50.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Gretton, M.E., & Shannon, F.T. (1985). Family life events, maternal depression, and maternal and teacher descriptions of child behavior. *Pediatrics*, 75, 30-35.

Fergusson, D.M., & Lynskey, M.T. (1993). The effects of maternal depression on child conduct disorder and attention deficit behaviours. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 116-123.

Ferro, T., Carlson, G.A., Grayson, P., & Klein, D.N. (1994). Depressive disorders: Distinctions in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 664-670.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed vs depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26, 7-14.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.

Forehand, R., Furey, W.M., & McMahon, R.J. (1984). The role of maternal distress in a parent training program to modify child non compliance. *Behavioral Psychotherapy*, 12, 93-108.

Forehand, R., Lautenschlager, G.J., Faust, J., & Graziano, W.G. (1986). Parent perceptions and parent-child interactions in clinic referred children: A preliminary investigation of the effects of maternal depressive moods. *Behaviour Research Therapy*, 24, 73-75.

Forehand, R., Wells, K., & Griest, D. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11, 488-502.

Forsythe, C.J., & Compas, B.E. (1987). Interaction of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 473-485.

Frydenberg, E. (1996). *Adolescent coping, theoretical and research perspectives*. New York: Routledge.

Friedman, R.C., Hurt, S.W., Clarkin, J.K., Corn, R., & Arnoff, M.S. (1983). Symptoms of depression among adolescents and young adults. *Journal of Affective Disorders*, 5, 37-43.

Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children* (pp. 43-84). New York : McGraw-Hill.

Goldstein, G., & Hersen, M. (Eds.), (1984). *Handbook of psychological assessment*. New York : Pergamon Press.

Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1989). Observations of interactions of depressed women with their children. *American Journal of Psychiatry*, 146, 50-55.

Gorlink, W., Frodi, A., & Bridges, L. (1984). Maternal control styles and the mastery motivations of one-year-olds. *Infant Mental Health Journal*, 5, 72-82.

Griest, D., Forehand, R., Wells, K.C., & McMahon, R.J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 89, 497-500.

Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York : Guilford.

Hammen, C. (1988). Self-cognitions, stressful events, and the prediction of depression in children of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 347-360.

Hammen, C. (1990). Cognitive approaches to depression in children : Current findings and new directions. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 139-173). New York : Plenum.

Hammen, C., Adrian, C., Gordon, D., Burge, D., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987). Children of depressed mothers : Maternal strain and symptom predictors of dysfunction. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 190-198.

Hammen, C., Burge, D., Burney, E., & Adrian, C. (1990). Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1112-1117.

Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987). Maternal affective disorders, illness, and stress : Risk for children's psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 144*, 736-741.

Hammen, C., Gordon, D., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C., & Hiroto, D. (1987a). Communication patterns of mothers with affective disorders and their relationship to children's status and social functioning. In K. Hahlweg & M.J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder : The contribution of family interaction research* (pp. 103-119). New York : Family Process Press.

Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression : II. Links with antisocial disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 434-439.

Herman, M.A., & McHale, S.M. (1993). Coping with parental negativity : Links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology, 14*, 121-136.

Herman-Stahl, M.A., & Petersen, A.C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 25*, 733-753.

Herman-Stahl, M.A., Stemmler, M.K., & Petersen, A.C. (1995). Approach and avoidant coping : Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence, 24*, 649-665.

Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 946-955.

Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L., & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 341-346.

Jeney-Gammon, P., Daugherty, T.K., Finch, A.J., Belter, R.W., & Foster, K.Y. (1993). Children's coping styles and report of depressive symptoms following a natural disaster. *The Journal of Genetic Psychology, 154*, 259-267.

Johnson, J.H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Sage, Newbury Park : CA.

Kaslow, N.J., Rehm, L.P., & Siegel, A.W. (1984). Social-cognitive and cognitive correlates of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12*, 605-620.

Kazdin, A.E. (1981). Assessment techniques for childhood depression: A critical appraisal. *American Academy of Child Psychiatry, 20*, 358-375.

Kazdin, A.E. (1990). Childhood depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31*, 121-160.

Keanely, P. (1989). Children's strategies for coping with depression. *Behaviour Research Therapy, 27*, 27-34.

Kennedy, E., Spence, S.H., & Hensley, R. (1989). An examination of the relationship between childhood depression and social competence amongst primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30*, 561-573.

Klein, D.K., Depue, R.A., & Slater, J.F. (1985). Cyclothymia in the adolescent offspring of parents with bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 115-127.

Klimes-Dougan, B., & Bolger, A.K. (1998). Coping with maternal depressed affect and depression: Adolescent children of depressed and well mothers. *Journal of Youth and Adolescence, 27*, 1-15.

Kochanska, G., Kućzynski, L., Radke-Yarrow, M., & Walsh, J.D. (1987). Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 441-456.

Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist, 44*, 209-215.

Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauska, S.L., & Finkelstein, R. (1984a). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry, 41*, 229-237.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lewis, C.E., Siegal, J.M., & Lewis, M.A. (1984). Feeling bad: Exploring sources of distress among pre-adolescent children. *American Journal of Public Health, 74*, 117-122.

Lyons-Ruth, K., Zoll, D., Connell, D., & Grunebaum, H.U. (1986). The depressed mother and her one-year-old infant : environment, interaction, attachment, and infant development. In E.Z. Tronick & T. Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbance* (pp. 61-82). San Francisco : Jossey-Bass.

Mack, C., & Moor, L. (1982). Versions françaises d'échelle d'évaluation de la dépression : II. Les échelles CDI et ISC de Maria Kovacs. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 30, 627-652.

Miller, N.E. (1980). A perspective on the effects of stress and coping on disease and health. In S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health* (pp. 323-353). New York : Plenum.

Mitchell, R., Cronkite, R., & Moos, R. (1983). Stress, coping, and depression among married couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 22, 433-448.

Mitchell, R., McCauley, E., Burke, P., Calderon, R., & Schloredt, B.S. (1989). Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 352-357.

Monat, A., & Lazarus, R.S. (1991). *Stress and coping : An anthology*, 3<sup>th</sup> edition. New York : Colombia University Press.

Moos, R.H. (1984). Context and coping : Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12, 5-25.

Mullins, L., Siegel, L., & Hodges, K. (1985). Cognitive problem-solving and life event correlates of depressive symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 305-324.

Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA. : Stanford University Press.

Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D., & Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, 377-387.

O'Brien, M., Margolin, G., & John, R.S. (1995). Relation among marital conflict, child coping, and child adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 346-361.

Oliver, J.M., & Simmons, M.E. (1984). Depression as measured by the DSM-III and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 892-898.

Orvaschel, H., Walsh-Allis, G., & Ye, W. (1988). Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 17-28.

Orvaschel, H., Weissman, M., & Kidd, K.K. (1980). Children and depression : The children of depressed parents, the childhood of depressed patients, depression in children. *Journal of Affective Disorders*, 2, 1-16.

Patterson, G.R. (1982). *A social learning approach to family intervention, vol. 3 : coercive family process*. Eugene, OR : Castalia.

Patterson, G.R., Capaldi, D., & Bank, L. (1990). An early starter model for predicting delinquency. In D. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, N.J. : Erlbaum.

Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G., & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.

Pichot, P., & Lempérière, T. (1964). Analyse factorielle d'un questionnaire d'auto-évaluation des symptômes dépressifs. *Revue de Psychologie Appliquée*, 14, 15-29.

Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in pre-puberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 118-128.

Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennon-Quattrock, J., & Todak, G. (1985a). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders : I. Interpersonal relationships during the depressive episodes. *Archives of General Psychiatry*, 42, 500-507.

Renouf, A.G., Kovacs, M., & Mukerji, P. (1997). Relationship of depressive, conduct, comorbid disorders and social functioning in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 998-1004.

Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Neuchterlein, K.H., & Weintraub, S. (Eds.), (1990). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge : Cambridge University Press.

Rutter, M. (1978). Family area, and school influences in the genesis of conduct disorders. In L.A. Hersov & D. Schaffer (Eds.), *Aggression and anti-social behavior in childhood and adolescence* (pp. 95-114). Oxford : Pergamon Press.

Rutter, M. (1981). Stress, coping, and development : Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 323-356.

Rutter, M. (1983). Stress, coping, and development : Some issues and some questions. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children*. New York : McGraw-Hill.

Rutter, M. (1990). Commentary : Some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*, 26, 60-67.

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder : Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.

Ryan-Wenger, N. (1990). Development and psychometric properties of the Schoolagers' Coping Strategies Inventory. *Nursing Research*, 39, 344-349.

Ryan-Wenger, N. (1992). A taxonomy of children's coping strategies : A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 256-263.

Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 22, 377-384.

Sanders, M.R., Bor, W., & Dadds, M.R. (1989). A contextual analysis of child oppositional and maternal aversive behaviors in conduct disordered and non-problem families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 72-83.

Sanders, M.R., Dadds, M.R., Johnston, B.M., & Cash, R. (1992). Childhood depression and conduct disorder : I. Behavioral, affective, and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 495-504.

Sandler, I.N., Tein, J.Y., & West, S.G. (1994). Coping, stress, and psychological symptoms of children of divorce : A cross-sectional and longitudinal study. *Child Development*, 65, 1744-1763.

Santé Québec. (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*. Québec.

Schwartz, C.E., Dorer, D.J., Beardslee, W.R., Lavori, P.W., & Keller, M.D. (1990). Maternal expressed emotion and parental affective disorder, substance abuse, or conduct disorder. *Journal of Psychiatry Research, 24*, 231-250.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness : On depression, development, and death*. San Francisco : Freeman.

Seligman, M.E.P., Peterson, C., Kaslow, N., Tanenbaum, R.L., Alloy, L.B., & Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 235-238.

Shaw, D.S., & Emery, R.E. (1987). Parental conflict and other correlates of the adjustment of school-age children whose parents have separated. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 269-281.

Shulman, S., Seiffge-Krenke, I., & Samet, N. (1987). Adolescent coping style as a function of perceived family climate. *Journal of Adolescent Research, 2*, 367-381.

Speier, P.L., Sherak, D.L., Hirsch, S., & Cantwell, D.P. (1995). Depression in children and adolescents. In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds.), *Handbook of depression, 2<sup>th</sup> edition* (pp.467-493). New York : Guilford.

Stern, M., & Zevon, M.A. (1990). Stress, coping, and family environment : The adolescent's response to naturally occurring stressors. *Journal of Adolescent Research, 5*, 290-305.

Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Phenomenology and subtypes of major depressive disorder in adolescence. *Journal of Affective Disorders, 3*, 281-290.

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1988). Maternal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors and child conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 299-315.

Weissman, M.M., & Boyd, J.H. (1985). Affective disorders : Epidemiology. In H.I. Kaplan, A.M. Freedman & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry, 4<sup>th</sup> edition* (pp.764-769). Baltimore, MD. : Williams & Wilkins.

Weissman, M.M., Gammon, G.D., John, K., Merikangas, K.R., Warner, V., Prusoff, B.A., & Sholomskas, D. (1987a). Children of depressed parents : Increased psychopathology and early onset of major depression. *Archives of General Psychiatry, 44*, 847-853.

Weissman, M.M., Orvaschel, H., & Padian, N. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers' and children's reports. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168*, 736-740.

Weissman, M.M., & Paykel, E.S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.

Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Gammon, G.D., Merikangas, K.R., Leckman, J.F., & Kidd, K.K. (1984). Psychopathology of children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23*, 78-84.

Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Warner, V., John, K., Prusoff, B.A., Merikangas, K.R., & Gammon, D. (1987). Assessing psychiatric disorders in children: Discrepancies between mothers' and children's reports. *Archives of General Psychiatry, 44*, 747-753.

Weisz, J.R., McCabe, M.A., & Dennig, M.D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 324-332.

Zahn-Waxler, C., Cummings, E.M., McKnew, D.H., & Radke-Yarrow, M. (1984). Altruism, aggression, and social interactions in young children with manic-depressive parent. *Child Development, 55*, 112-122.

Zahn-Waxler, C., Iannotti, R.J., Cummings, E.M., & Denham, S. (1990). Antecedents of problem behaviors in children of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 2*, 271-291.

Zahn-Waxler, C., Kochanska, G., Krupnick, J., & McKnew, D. (1990). Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. *Developmental Psychology, 26*, 51-59.

Appendice

Appendice A :

Questionnaire Schoolagers' Coping Strategies Inventory

Numéro d'identification: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Niveau scolaire: \_\_\_\_\_

Classe: \_\_\_\_\_

### L'INVENTAIRE DES STRATÉGIES DE COPING DES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE (Schoolagers' Coping Strategies Inventory)

**Instructions : Ceci n'est pas un examen. N'écris pas ton nom sur cette feuille.**

Quand les enfants se sentent stressés, nerveux ou inquiets à propos de quelque chose, ils font certaines des choses inscrites sur la liste qui va suivre. Pense à ce que TOI tu fais lorsque tu te sens stressé, nerveux ou inquiet. Coche combien de fois tu fais chaque chose de la liste peu importe que ce soit avant que la chose stressante arrive, pendant que tu te sens stressé ou après que l'événement stressant soit fini. Ensuite, dis-moi comment ces choses t'aident à te sentir mieux lorsque tu te sens stressé, nerveux ou inquiet.

## CHOSES STRESSANTES

	Combien de fois fais-tu ceci?				Est-ce que cela t'aide			
	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
1- Me refermer sur moi-même, m'isoler	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
2- Me ronger les ongles, faire craquer mes jointures	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
3- Serrer mon animal ou mon toutou contre moi	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
4- Pleurer ou me sentir triste	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
5- Être dans la lune, rêvasser	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
6- Faire quelque chose par rapport à cela	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
7- Faire des travaux autour de la maison	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
8- Dessiner, écrire ou lire quelque chose	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup

	Combien de fois fais-tu ceci?					Est-ce que cela t'aide?			
9- Boire ou manger	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	
10- Me battre avec quelqu'un	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	
11- Me choquer	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	
12- Frapper, lancer ou briser des choses	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	
13- Harceler quelqu'un, être sur son dos	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	
14- Jouer à un jeu ou à quelque chose	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	
15- Prier	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	
16- Partir ou faire une fugue	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	
17- M'excuser ou dire la vérité	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup	

	Combien de fois fais-tu ceci?				Est-ce que cela t'aide?			
18- Dormir, faire une sieste	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
19- Me parler à moi-même	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
20- Parler à quelqu'un	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
21- Penser à ce qui me tracasse	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
22- Essayer d'oublier ce qui me tracasse	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
23- Essayer de relaxer, rester calme	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
24- Marcher, courir ou aller en bicyclette	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
25- Regarder la télévision ou écouter de la musique	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup
26- Crier ou hurler	jamais	quelque fois	souvent	la plupart du temps	je ne le fais jamais	ça ne m'aide pas	ça m'aide un petit peu	ça m'aide beaucoup