

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR

ÉMILIE MORENCY

LES STRATÉGIES D'INTERVENTION OFFERTES AUX MÈRES DÉPRESSIVES  
FAVORISENT-ELLES LA SÉCURITÉ D'ATTACHEMENT DURANT LA PETITE  
ENFANCE ? UNE MÉTA-ANALYSE.

NOVEMBRE 2017

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

Les premières années de vie de l'enfant correspondent à une période développementale primordiale. Durant cette période, l'environnement dans lequel l'enfant évolue est considéré comme déterminant. On compte environ 6,5 à 12,9 % des femmes qui éprouvent des symptômes de dépression suite à la naissance de leur enfant, limitant ainsi leur disponibilité à l'égard de ce dernier. Ce taux de prévalence élevé fait de la dépression maternelle une préoccupation majeure dans la société actuelle pour le bon développement des enfants. La littérature révèle que la présence d'une dépression maternelle peut avoir de nombreux effets négatifs sur la mère, mais aussi conséquemment sur l'enfant, dont le développement d'un attachement insécurisant. Pour soutenir ces mères et leurs enfants, des interventions pour contrer la dépression ont été développées au cours des 60 dernières années. La majorité de ces interventions ciblent deux types de stratégies, soit le soutien et l'adaptation maternelle ou soit les interactions dyadiques mère-enfant. Certaines interventions sont rapportées comme efficientes pour développer un attachement sûr alors que d'autres semblent moins efficaces. Cette méta-analyse vise à 1) évaluer l'efficacité des interventions destinées aux mères dépressives visant à aider les enfants âgés entre 0 et 5 ans à développer un attachement sûr, 2) à comparer les types de stratégies de ces interventions et 3) à mieux comprendre l'influence des variables modératrices. Une recension systématique des écrits a permis de cibler 11 études évaluant 13 programmes d'intervention offerts aux mères dépressives. Le résultat global ( $d = 0,29$ ,  $k = 13$ ,  $p = 0,118$ , 95% IC : -0,058 à 0,513) n'est pas concluant en ce qui a trait à l'efficacité générale des interventions.

Toutefois, les résultats indiquent que la stratégie d'intervention privilégiant les interactions dyadiques mère-enfant ( $d = 0,46$ ,  $k = 7$ ,  $p = 0,004$ , 95% IC : 0,149 à 0,768) est efficace alors que la stratégie d'intervention entourant le soutien et l'adaptation maternelle n'indique pas une amélioration concernant l'attachement de l'enfant ( $d = -0,05$ ,  $k = 6$ , 95% IC : -0,411 à 0,312). Le nombre de rencontres, la durée de l'intervention, le sexe et l'âge de l'enfant, l'outil d'évaluation utilisé pour mesurer la sécurité d'attachement ainsi que le type de dépression maternelle ont une influence sur l'efficacité des interventions. Ces résultats sont utiles pour orienter les programmes et les services qui sont actuellement offerts dans les domaines sociaux, notamment en psychoéducation.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux .....	vi
Liste des figures .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	5
La dépression maternelle.....	6
Prévalence .....	6
Définitions .....	7
Étiologie .....	10
Conséquences associées à la dépression maternelle .....	13
Conséquences sur la mère .....	13
Conséquences sur la relation dyadique .....	15
Conséquences sur l'enfant .....	18
Des interventions pour soutenir les mères dépressives et leurs enfants .....	24
Stratégies d'intervention favorisant les interactions dyadiques .....	25
Stratégies d'intervention favorisant l'adaptation et le soutien maternel .....	27
Modalités et structure .....	28

Efficacité des interventions sur la sécurité d'attachement.....	30
Constats et objectifs de recherche .....	31
Objectifs .....	31
Méthode .....	33
Stratégie de recension .....	34
Critères de sélection des études .....	35
Sélection des études .....	37
Codification des articles .....	40
Stratégie d'analyse des données .....	52
Résultats .....	56
Biais de publication .....	62
Discussion .....	66
Interprétation des résultats .....	67
Forces et limites de l'étude .....	75
Retombées scientifiques et cliniques .....	77
Directions futures .....	78
Conclusion .....	80
Références .....	83

## Liste des tableaux

### Tableaux

1	Caractéristiques et codification des groupes d'intervention des mères dépressives provenant des 11 études .....	46
2	Système de codification selon les caractéristiques des études, des interventions, de l'échantillon ainsi que des mesures d'évaluation .....	51
3	Efficacité globale et selon les stratégies d'intervention offertes aux mères dépressives pour accroître la sécurité d'attachement chez les enfants de la petite enfance. ....	58
4	Variables (catégorielles) qui viennent modérer l'efficacité des interventions offertes aux mères dépressives pour accroître la sécurité d'attachement chez les enfants de la petite enfance.....	63
5	Variables (continues) qui viennent modérer l'efficacité des interventions offertes aux mères dépressives pour accroître la sécurité d'attachement chez les enfants de la petite enfance.....	65

## **Liste des figures**

### Figures

1	Processus de sélection des études .....	39
2	Répartition des études incluses dans la méta-analyse selon leur taille d'effet respective.....	62

## **Remerciements**

L'auteure de cette méta-analyse désire remercier sa directrice de recherche, Madame Claire Baudry, Ph. D., professeure au département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheuse au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire. L'auteure est reconnaissante de votre implication active dans son projet. Effectivement, vous avez rendu ce projet de recherche possible par votre soutien et vos encouragements constants.

## **Introduction**

Les premières années de vie sont considérées comme essentielles pour le développement des enfants. En effet, les enfants tendent à intérioriser les expériences environnementales et interactionnelles dans lesquelles ils grandissent. L'environnement précoce de l'enfant agit donc comme un facteur d'influence primordial sur ces expériences. Les caractéristiques du milieu familial, entre autres, jouent alors un rôle important sur les différentes sphères développementales de l'enfant (Moffit et al., 2002). Ainsi, la santé mentale de la mère, à cette période de vie de l'enfant, va avoir une influence déterminante dans la disponibilité et la sensibilité de celle-ci à l'égard de son enfant. Depuis quelques années, un nombre croissant d'études attestent que la dépression maternelle affecte négativement la qualité de la relation dyadique entre la mère et son enfant (par exemple. Gelfand & Teti, 1990; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996; Tronick & Reck 2009; van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven, & Hoefnagels, 2007), touchant par le fait même la sécurité d'attachement de l'enfant (Cummings & Cicchetti, 1990; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski, & Chapman, 1985).

La sécurité d'attachement réfère à la qualité du lien qui unit l'enfant à son donneur de soin privilégié (Bowlby, 1969; Tarabulsky et al., 2015). Elle est considérée comme une pierre d'assise incontournable à considérer dans le développement de l'enfant pour plusieurs raisons. Effectivement, elle teinte les relations que l'enfant développera avec autrui et possède une forte influence sur les autres sphères développementales,

notamment sur la sphère cognitive, sociale et comportementale. Or, en présence d'une dépression maternelle, l'enfant fait face à un parent peu engagé et sera donc plus préoccupé par la disponibilité et la présence de celui-ci. Il sera donc moins enclin à l'exploration et à la découverte (Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990; Hart, Field, del Valle, & Pelaez-Nogueras, 1998).

Considérant l'ensemble des impacts défavorables possibles de la dépression maternelle sur le développement de la sécurité d'attachement, une multitude de programmes d'intervention ont été développés au cours des 60 dernières années. Parmi ceux-ci, certains ont fait l'objet d'évaluation rapportant des résultats variables. En effet, certaines études rapportent des bénéfices intéressants au niveau de l'attachement des enfants (par exemple. van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008) alors que d'autres ne rapportent pas de changement (par exemple. Forman et al., 2007). Dans le contexte de ce mémoire, on se questionne alors à savoir si les interventions sont efficientes pour favoriser la sécurité d'attachement chez les enfants en bas âge. De plus, les connaissances actuelles démontrent que pour contrer les difficultés rencontrées par les mères dépressives et leurs enfants, ces programmes s'orientent de différentes manières selon leurs objectifs et leurs stratégies d'intervention. Ainsi, une méta-analyse portant sur ces stratégies d'intervention permettra de mettre en lumière les différents résultats apportés par les études.

La présente recherche vise donc, dans un premier temps, à déterminer l'efficacité générale des interventions offertes aux mères dépressives sur la sécurité d'attachement de leurs enfants âgés entre 0 et 5 ans. Dans un deuxième temps, elle permet d'évaluer leur efficacité selon la stratégie d'intervention proposée et dans un troisième temps, elle permet de s'intéresser à l'influence de certaines variables sur l'efficacité des interventions. La première partie de cette recherche introduit le contexte théorique en s'intéressant à la problématique de la dépression maternelle, à la sécurité d'attachement ainsi qu'aux diverses perspectives d'interventions. La seconde partie décrit la méthode de recherche utilisée, où sont élaborées les différentes étapes de la recension, la sélection des études de même que la stratégie d'analyse. La troisième partie s'intéresse aux résultats des analyses méta-analytiques. Finalement, la dernière partie présente une discussion des résultats et des questionnements qui résultent de ce travail de recherche.

## **Contexte théorique**

Pour mieux saisir le contexte entourant cette recherche, les différentes variables étudiées seront présentées de manière approfondie. D'abord, les éléments ressortis dans la littérature actuelle permettront de détailler la problématique de la dépression maternelle. Un portrait exhaustif quant aux conséquences de la dépression sur la mère, sur la relation dyadique mère-enfant ainsi que sur le développement de l'enfant, plus particulièrement sur la sécurité d'attachement, sera élaboré. Subséquemment, le contexte entourant la période de la petite enfance ainsi que les stratégies d'intervention offertes aux mères dépressives pour prévenir les difficultés, tant pour elles que pour les enfants, seront présentés. Enfin, les objectifs poursuivis par cette recherche seront spécifiés.

## **La dépression maternelle**

### **Prévalence**

La dépression maternelle est un phénomène perturbateur et universel qui touche les femmes de tout âge indépendamment de leur culture et de leur statut socio-économique, et cette réalité affecte tant l'individu, sa famille, que la société en général (Toth & Peltz, 2009). Malgré la présence d'une grande variabilité dans la littérature, les taux de prévalence sont élevés et font de cette psychopathologie une préoccupation alarmante. En effet, les taux de prévalence fluctuent selon plusieurs aspects, notamment selon les critères diagnostiques utilisés (dépression mineure ou majeure), l'intervalle temporel durant lequel se réalise l'évaluation (grossesse, postpartum, etc.), la taille et le profil de

l'échantillon (culture, statut socioéconomique, etc.), la méthode d'administration (face-à-face, téléphone, etc.) de même que le type d'instrument d'évaluation utilisé (auto-déclaré ou entrevue diagnostique) (Benhaijoub, Ladenburger, Lighezzolo, & de Tychey, 2008; Dennis & Hodnett, 2007; Wisner et al., 2013).

Fréquemment cité dans la littérature, le taux de prévalence varie de 10 à 20 % (England & Sim, 2009; Gaynes et al., 2005; Liberto, 2012; O'Hara & Swain, 1996; Wisner et al., 2013). Par ailleurs, certains auteurs affirment que la prévalence réelle pourrait être significativement supérieure comparativement aux écrits. En effet, la dépression maternelle est une psychopathologie caractérisée par un taux de reconnaissance et de traitement relativement faible (Leahy-Warren & McCarthy, 2007; Sit et al., 2009). D'ailleurs, selon l'Organisation mondiale de la Santé, la dépression portera le fardeau de la maladie ayant la plus forte prévalence chez les femmes d'ici 2020, prédiction appuyée également par des auteurs (Dennis & Dowswell, 2013). Considérant que la dépression maternelle a une forte propension, particulièrement lors des années de fécondité de la femme (Brummelte & Galea, 2010; Toth & Pelz, 2009), il importe de bien comprendre les multiples facettes de cette psychopathologie.

## Définitions

La dépression est une pathologie hétérogène pouvant varier sur un continuum en terme de chronicité, de durée et d'intensité, mais également sur le moment d'apparition des symptômes (American Psychiatric Association, 2013). Il est ainsi possible de

distinguer deux types de dépression maternelle, soit la dépression générale et la dépression postpartum. Les symptômes associés à une dépression générale sont habituellement présents avant la naissance d'un enfant et tendent à se maintenir à travers le temps alors que la dépression postpartum est associée plus particulièrement au contexte entourant la naissance d'un enfant. La dépression postpartum représente une des plus fréquentes comorbidités associées à la maternité (Basraon & Costantine, 2011; Gavin et al., 2005; O'Hara & Swain, 1996). En effet, les premiers mois suivants l'accouchement sont caractérisés par une augmentation de la vulnérabilité des mères à développer des symptômes dépressifs (Basraon & Costantine, 2011; Kumar & Robson, 1984).

Catégorisée comme étant un trouble de l'humeur, les deux types de dépression sont similaires, à l'exception de l'échelle de temps. Effectivement, la dépression postpartum se limite généralement à quatre semaines suivant la naissance d'un enfant (American Psychiatric Association, 2013). Néanmoins, plusieurs auteurs s'entendent et affirment que la dépression postpartum peut s'étalonner sur une plus longue période, allant jusqu'à un an (Dennis & Dowswell, 2013; England & Sim, 2009; Stuart-Parrigon & Stuart, 2014; Wisner et al., 2013; World Health Organization, 2010). Malgré cette distinction, il importe de reconnaître que la dépression générale et la dépression postpartum ne sont pas des entités distinctes au diagnostic de la dépression chez les adultes, et qu'ainsi, il s'agit d'un élément la constituant. C'est donc pour cette raison que la présente étude prend en considération tant la dépression générale que la dépression postpartum.

L'utilisation du terme *dépression maternelle* sera donc employée pour désigner les deux types de dépression. Ceux-ci seront toutefois étudiés indépendamment lors des analyses modératrices afin de voir si des distinctions quant à l'efficacité des interventions peuvent être décelées.

Selon la plus récente version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) (2013) de l'Association Américaine de Psychiatrie, la dépression maternelle se définit comme un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Elle présente au moins un des symptômes suivants : (1) une humeur dépressive et/ou (2) une perte d'intérêt ou de plaisir, et au moins cinq des symptômes suivants : (1) humeur dépressive; (2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir; (3) perte ou gain de poids significatif ou diminution ou augmentation de l'appétit; (4) insomnie ou hypersomnie; (5) agitation ou ralentissement psychomoteur; (6) fatigue ou perte d'énergie; (7) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée; (8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer; (9) pensées de mort récurrentes. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou des autres domaines importants (American Psychiatric Association, 2013).

Dans une autre perspective scientifique, la définition de la dépression peut varier en fonction de l'outil utilisé et de la méthode d'administration de celui-ci. Effectivement, les études définissant la dépression selon des échelles auto-rapportées présentent une

méthode plus répandue dans les études et permettent également d'associer une intensité aux symptômes par le score obtenu aux échelles. C'est d'ailleurs par ce score que la présente recherche s'est basée pour définir l'intensité des symptômes dépressifs chez les mères. L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), le *Center for Epidemiologic Studies for Depression* (CES-D) (Radloff, 1977) de même que le *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, 1978b; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) sont des instruments auto-rapportés couramment utilisés dans les études. Plusieurs entrevues diagnostiques telles que le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), le *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) (Hamilton, 1980) ainsi que le *Structural Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (SCID-II/ SCID-IV) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997; Spitzer, Williams, Gibbon, & First Michael, 1990) sont également employées et permettent de confirmer la présence de symptômes dépressifs en vue de poser un diagnostic.

## Étiologie

À ce jour, les causes associées à la dépression maternelle restent incertaines et complexes. En dépit du nombre de recherches considérables depuis plusieurs décennies, aucun facteur causal unique n'a été isolé. Ainsi, la littérature scientifique actuelle suggère une étiologie multifactorielle où des variables environnementales, biologiques et personnelles interagissent pour développer ces symptômes psychopathologiques (Beck, 2001; England & Sim, 2009; O'Hara & Swain, 1996; Paykel, 1989).

**Variables environnementales.** Il importe d'abord de préciser que les principaux facteurs d'importance étiologique seraient en grande partie de nature sociale (Haga, Lynne, Slanning, & Kraft, 2012; O'Hara & Swain, 1996; Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009). À cet effet, la dépression est perçue comme une réaction négative aux circonstances environnementales et sociales. Plus particulièrement, les facteurs environnementaux comprennent notamment les événements négatifs, les circonstances de vie stressantes et l'exposition à l'adversité dans la période de l'enfance (England & Sim, 2009). À titre d'exemple, la présence d'expériences difficiles lors de la naissance de l'enfant, l'adaptation à de nouveaux rôles parentaux de même que des expériences de négligence en bas âge sont des événements qui pourraient influencer la survenue d'une dépression. La dépression maternelle peut effectivement être perçue comme une problématique très complexe relevant de traumatismes non résolus et de pertes significatives durant l'enfance de la mère qui refont surface à la naissance de son propre enfant (Guedeney & Jeammet, 2001).

D'autres facteurs relatifs à l'environnement des mères peuvent également contribuer à l'émergence des symptômes dépressifs, notamment les conflits conjugaux (Beck, 2001; Dennis & Ross, 2006), un faible statut socio-économique (Beck, 2001) ainsi qu'un réseau de soutien social informel (la famille, un partenaire de vie, les pairs, etc.) et formel (les professionnels) restreint (Beck, 2001; Haga, Lynne, Slanning, & Kraft, 2012; O'Hara & Swain, 1996; Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009; Zhang & Jin, 2016). La privation de soutien social semble d'ailleurs être un facteur de prédiction central à

l'apparition des symptômes dépressifs chez les mères. L'étude de Cooper et de ses collaborateurs (1996), incluant près de 5000 femmes, le démontre bien. Effectivement, les mères ayant un réseau social restreint étaient deux fois plus susceptibles de développer une dépression postpartum que les mères ayant un soutien par les pairs perçu comme suffisant.

**Variables biologiques.** Quant aux variables biologiques, elles comprennent notamment la vulnérabilité génétique, le fonctionnement neuroendocrinien de même que les processus associés au système immunitaire (England & Sim, 2009). Un taux anormalement élevé de cortisol et une résorption plus lente en réponse à une situation anxiogène sont des exemples de facteurs biologiques ciblés chez les mères vivant avec des symptômes dépressifs (Burke, Davis, Otte, & Mohr, 2005). Par ailleurs, les chercheurs estiment que près de 40 % du risque de développer un trouble dépressif est attribuable aux facteurs génétiques (England & Sim, 2009; Sullivan, Neale, & Kendler, 2000).

**Variables personnelles.** En ce qui a trait aux variables personnelles, elles incluent, entre autres, les traits de personnalité, le tempérament de même que les fonctions cognitives et émotives de la mère. Le modèle cognitif de Beck (Beck, 1967, 1976, 1978a) stipule que la dépression peut résulter de distorsions cognitives qui sont basées sur des pensées irréalistes et négatives, telles que le blâme autocentré (England & Sim, 2009). Ces pensées entraînent des interprétations irrationnelles du monde environnant et

de l'image de soi. Ce modèle cognitif de la dépression appuie l'importance des cognitions mésadaptées dans la prédiction et la récurrence des symptômes dépressifs. Compatible avec ce dernier, la théorie de Seligman (1975) mentionne que la dépression maternelle peut survenir lorsqu'un individu est envahi par un sentiment de perte de contrôle sur les évènements de sa vie engendant, par le fait même, une vision négative de soi et de son rôle parental.

### **Conséquences associées à la dépression maternelle**

Bien que l'étiologie demeure complexe, les impacts de la dépression maternelle, quant à eux, sont bien documentés à travers la littérature scientifique. Il n'est pas surprenant de constater que l'ensemble des symptômes énumérés précédemment entraîne plusieurs altérations dans les diverses sphères chez la mère, ayant un impact direct sur la relation dyadique mère-enfant et sur le développement de l'enfant (Goodman et al., 2011; van Doesum, Hosman, & Risken-Walraven, 2005).

### **Conséquences sur la mère**

La qualité de vie et le fonctionnement général des mères peuvent effectivement être entravés significativement par la présence d'une dépression maternelle. Outre les symptômes diagnostiques du DSM-5 (2013) énumérés précédemment, la sphère relationnelle est également compromise (Gelfand & Teti, 1990). En effet, certains schémas dysfonctionnels liés aux symptômes dépressifs de la mère comprennent les

insatisfactions quant à la relation avec le partenaire (Boyce & Hickey, 2005; Dennis & Letourneau, 2007; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Milgrom, Westley, & Gemmill, 2004). Les discordes conjugales, le manque de communication, de cohésion et d'affection allant jusqu'à une séparation complète sont des exemples de problématiques vécues par ces mères.

D'autres symptômes communs ont aussi été identifiés à partir des expériences personnelles de femmes souffrant d'une dépression, notamment dans une étude phénoménologique aux États-Unis (Beck, 1992), où 11 thèmes ont émergé des groupes de soutien ( $n = 7$ ). Le retrait social, la présence de pensées obsessionnelles, les crises d'angoisse, le sentiment de perte de contrôle, d'insécurité et de culpabilité, la crainte de ne pas pouvoir se sortir de ce pattern dépressif et l'absence d'émotion positive sont les thèmes ressortis par les femmes comme étant des conséquences imminentes à la dépression maternelle. D'autres études plus récentes viennent appuyer les résultats de cette étude qualitative (Beck, 2001; Gaynes et al., 2005) dans lesquelles d'autres caractéristiques, telles que la présence de peurs irrationnelles, le sentiment d'insuffisance et de désespoir, les difficultés de coping et de résolution de problèmes, le manque de confiance et d'estime de soi, le manque de motivation de même qu'une labilité émotionnelle, ont été mises de l'avant (Dennis & Hodnett, 2007; Horowitz & Goodman, 2005; Logsdon, Wisner, Billings, & Shanahan, 2006). De toute évidence, l'ensemble de ces conséquences sur la figure maternelle va exercer une influence

négative considérable sur sa disponibilité et son engagement dans les interactions qu'elle établit avec son enfant.

### **Conséquences sur la relation dyadique mère-enfant**

Il est effectivement bien reconnu que la dépression maternelle affecte les comportements de la mère dans les interactions qu'elle établit avec son enfant alors que celui-ci est, en bas âge (0-5 ans), à son plus haut niveau de dépendance concernant les soins parentaux et le besoin de sensibilité dans les interactions (Dennis & Dowswell, 2013).

En ce sens, les mères aux prises avec des symptômes dépressifs tendent à interagir généralement selon deux profils comportementaux bien distincts se manifestant à l'égard de l'enfant, soit par des comportements de retrait ou encore par des comportements intrusifs (Beck, 1995; Cohn, Matias, Tronick, Connell, & Lyons-Ruth, 1986; Field, 2010; Field, Hernandez-Reif, & Diego, 2006; Malphurs et al., 1996). Le premier profil se définit par le retrait et le désengagement de la mère dans les interactions avec l'enfant. Ces interactions sont alors caractérisées par l'adoption d'expressions faciales et vocales fades, voire complètement absentes, le manque d'engagement dans le jeu interactif (ex. histoires, chansons) ainsi que par le manque d'affection et de comportements chaleureux à l'égard de l'enfant (Cohn, Matias, Tronick, Connell, & Lyons-Ruth, 1986; Field, Hernandez-Reif, & Diego, 2006; Field, 2010; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Malphurs et al., 1996). Le second profil se définit

plus particulièrement par la présence de comportements intrusifs dans la relation avec l'enfant. Il se caractérise par la présence d'une sur-stimulation dans les interactions avec l'enfant, de comportements hostiles et incohérents ainsi que d'une communication dite accessoire, dépourvue d'émotions (Cohn, Matias, Tronick, Connell, & Lyons-Ruth, 1986; Field, Hernandez-Reif, & Diego, 2006; Malphurs et al., 1996).

L'ensemble de ces comportements peut mener à de la négligence parentale, à l'utilisation de punitions corporelles de même qu'à des agressions verbales (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Conron, Beardslee, Koenen, Buka, & Gortmaker, 2009; Hall, Gurley, Sachs, & Kryscio, 1991), et ultimement, à l'infanticide (Pearlstein, Howard, Salisbury, & Zlotnick, 2009). Qui plus est, la sensibilité maternelle, facteur clé du développement de l'enfant, notamment pour développer la sécurité d'attachement (Pederson, Bailey, Tarabulsky, Bento, & Moran, 2014; van IJzendoorn, 1995), se voit altérée de manière significative. Cette sensibilité permet à la mère, lorsqu'adéquate, de répondre et d'interpréter les besoins et les signaux de l'enfant et ce, dans un délai raisonnable (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974; Waters, Petters, & Facompre, 2013). En présence de symptômes dépressifs, la mère tend à être indisponible tant psychologiquement que physiquement, ce qui l'empêche de répondre de manière optimale et chaleureuse aux signaux de son enfant (Cummings & Cicchetti, 1990; Cummings & Davies, 1994).

Ces considérations viennent alimenter la réflexion sur la façon par laquelle la dépression maternelle peut influencer le développement de l'enfant. L'étude de van Doesum, Hosman et Risken-Walraven (2005) propose un modèle transactionnel pertinent qui permet d'expliquer l'apparition précoce de difficultés chez les enfants ayant une mère aux prises avec des symptômes de dépression à travers trois mécanismes de transmission (interactions précoces, mécanismes neurobiologiques et mécanismes biologiques). Considérées comme l'élément clé dans ce modèle, mais aussi depuis plusieurs années chez un nombre important de chercheurs (par ex. Ammaniti et al., 2006; Cummings & Davies, 1994; Field, 1995, 1998; Gotlib & Goodman, 1999), les interactions dyadiques entre la mère et son enfant sont ciblées comme le premier mécanisme explicatif de l'influence de la dépression sur l'enfant. Dès l'âge de trois mois, les nourrissons peuvent détecter l'humeur de la mère et modifier leurs propres réponses en conséquence (Cohn & Tronick, 1983; Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990). Ainsi, l'enfant exposé aux symptômes dépressifs aura tendance à ajuster ses mimiques à celles de sa mère par l'adoption d'expressions faciales positives amoindries (Dix, Meunier, Lusk, & Perfect, 2012; Field, 2002), se caractérisant principalement par de la colère, du désintérêt, de la tristesse ainsi que par l'utilisation plus limitée du sourire (Cohn, Campbell, Matias, & Hopkins, 1990; Field, 2010; Tronick & Reck, 2009). En bref, les enfants tendent à internaliser et à reproduire l'ensemble des comportements négatifs adoptés par la mère, qu'ils soient intrusifs ou retirés. Ces patrons d'interactions ne se limitent pas seulement aux échanges dans la dyade mère-enfant, ils tendent au contraire à se généraliser à l'ensemble de ses relations (Field et al., 1988), entraînant

ainsi des répercussions importantes sur les diverses sphères développementales de l'enfant.

### **Conséquences sur l'enfant**

Tel que mentionné, la présence d'une dépression maternelle au sein d'une famille est particulièrement associée à l'inadaptation de l'enfant 0-5 ans (Cummings & Kourou, 2009; van Doesum, Hosman, & Risken-Walraven, 2005). De plus, les différents rôles assumés par la figure maternelle à cette période de vie font en sorte qu'un ensemble de répercussions négatives vécues pendant la jeune enfance peut persister plus tard à l'âge scolaire et à l'adolescence, allant jusqu'à l'âge adulte. Effectivement, il est reconnu que la dépression maternelle interfère avec la capacité de la mère à prodiguer les soins physiques de bonne qualité et à établir une relation positive avec son enfant pendant la période 0-5 ans, à assister celui-ci dans la construction de sa propre identité pendant l'âge scolaire de même qu'à assumer son rôle de modèle et de facilitateur dans les interactions sociales à l'adolescence (O'Brien, 1983). L'ensemble des sphères développementales du jeune enfant étant touché, il est à risque de présenter des difficultés tant sur le plan comportemental, cognitif et scolaire (Bagner, Pettit, Lewinsohn, & Seeley, 2010), que sur le plan social affectif (Pilowsky et al., 2006).

Au niveau comportemental, les résultats méta-analytiques de Goodman et de ses collaborateurs (2011), appuyés par d'autres études (Conroy et al., 2012; Gelfand & Teti, 1990; Murray, Halligan, & Cooper, 2010), démontrent une relation entre la présence d'une dépression maternelle et un large éventail de problèmes comportementaux chez

l'enfant qui se manifestent notamment sous forme d'agressivité, d'impulsivité et d'hostilité. En ce qui a trait à la sphère cognitive, les études mettent en évidence la présence de compétences cognitives et linguistiques atypiques avec un quotient intellectuel amoindri et des retards langagiers, plus particulièrement au niveau du langage expressif (Hay et al., 2001; Murray, Halligan, & Cooper, 2010; NICHD Early Child Care Research Network, 1999; Pearlstein, Howard, Salisbury, & Zlonick, 2009). Qui plus est, des répercussions négatives sont notables dès l'âge précoce. Par exemple, les nourrissons de mères symptomatiques ont moins tendance à privilégier un comportement exploratoire et à se livrer à des jeux (Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990; Hart, Field, del Valle, & Pelaez-Nogueras, 1998). Sur le plan de la santé mentale, le risque chez ces enfants de développer une psychopathologie à long terme est accru, à plus forte raison pour le trouble dépressif (Goodman et al., 2011). Ces enfants sont également plus assujettis à des difficultés de sommeil et d'alimentation (Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet, & Manzano, 2002), à l'apparition de symptômes anxiogènes (Goodman et al., 2011) ainsi qu'à des problèmes de toxicomanie à l'adolescence (Weissman, Warner, Wickramaratne, Moreau, & Olfson, 1997). Au niveau social affectif, on retrouve des compétences marquées par du retrait et de l'évitement (Cicchetti & Toth, 1998; Field et al., 1988; Kersten-Alvarez et al., 2012), conduisant plus tard à des relations interpersonnelles perturbées. Plus particulièrement, considérant les multiples conséquences sur les comportements maternels, sur le fonctionnement dans la relation dyadique et sur le développement de l'enfant, ce dernier présente un risque accru de développer un style d'attachement insécure, et ultimement

désorganisé (par exemple. Atkinson et al., 2000; Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Cummings & Cicchetti, 1990; Goodman et al., 2011; Goodman & Liu, 2016; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000; Righetti-Veltema, Bousquet, & Manzano, 2003; Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995; van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). La littérature démontre en effet plusieurs associations entre l'insécurité d'attachement et la présence d'une dépression maternelle. Dans la méta-analyse de Atkinson et ses collaborateurs (2000), les résultats stipulent que la taille d'effet liant les deux variables est significative ( $d = 0,18$ ,  $k = 15$ ,  $n = 953$ , 95% IC = -0,02 à 0,37). Les résultats robustes rapportés par la méta-analyse de van IJzendoorn et ses collègues (1999), étudiant plus de 6000 dyades parent-enfant ( $k = 16$ ), appuient que le risque de développer un style d'attachement désorganisé augmente considérablement dans une population clinique, notamment en présence d'une dépression ( $n = 1,053$ ,  $Z = 2,24$ ;  $p = 0,01$ ). McMahon et ses collaborateurs (2006) démontrent également qu'une dépression maternelle brève, comparativement à une dépression chronique, est associée à un taux d'attachement sûre plus élevé (respectivement 50 % versus 26 %), indiquant que la durée des symptômes est un facteur non négligeable.

Alors que la sécurité d'attachement est liée au fonctionnement interpersonnel adaptatif futur de l'enfant (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010), l'insécurité d'attachement y est associée à une série d'impacts négatifs au niveau comportemental, émotionnel, social et cognitif. Des problèmes de

comportements intérieurisés, notamment la dépression et l'anxiété (Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Fearon, 2012; Madigan, Atkinson, Laurin, & Benoit, 2013; Madigan, Brumariu, Villani, Atkinson, & Lyons-Ruth, 2016), et/ou exteriorisés, comme les comportements d'agressivité, d'autodestruction et d'hyperactivité (Ding, Xu, Wang, Li, & Wang, 2014; Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010; Madigan, Brumariu, Villani, Atkinson & Lyons-Ruth, 2016), des difficultés dans la gestion de la colère et dans la compréhension des émotions d'autrui (Thompson, 2008), des habiletés sociales restreintes (Fabes, Gaertner, & Popp, 2006; Girard, Lemelin, Provost, & Tarabulsky, 2013), un niveau cognitif inférieur (Ding, Xu, Wang, Li, & Wang, 2014) et des fonctions exécutives déficitaires (Bernier, Beauchamp, Carlson, & Lalonde, 2015; Thorell, Rydell, & Bohlin, 2012) en sont des exemples. C'est donc pour cette raison que cette étude portera principalement sur cette sphère développementale nécessaire au fonctionnement optimal de l'enfant en bas âge, soit la sécurité d'attachement.

Pour mieux saisir les impacts d'un attachement insécure, il importe de bien comprendre en quoi consiste la sécurité d'attachement. Depuis les quarante dernières années, la théorie de l'attachement a fait l'objet d'une multitude d'études et est maintenant un incontournable pour la conception du développement de l'enfant en bas âge. Selon Bowlby (1982), les premières années de vie de l'enfant correspondent à une période pendant laquelle l'enfant va développer et consolider sa sécurité d'attachement

envers les personnes qui lui sont significatives. Plus précisément, l'attachement se définit par le lien affectif unique entre l'enfant et son donneur de soin privilégié (Bowlby, 1969; Tarabulsky et al., 2015). Ce lien affectif se construit notamment par l'entremise des interactions que l'enfant entretient avec son parent et se manifeste, plus particulièrement, lors des événements qui suscitent un sentiment de détresse chez l'enfant (Tarabulsky et al., 2015).

De prime abord, ce sont les personnes significatives, plus souvent associées aux figures parentales, qui génèrent le sentiment de sécurité de l'enfant à partir duquel il peut explorer son environnement avec confiance et bâtir ses propres modèles internes opérants (Bowlby, 1969, 1982). Ces modèles représentent un ensemble de représentations mentales de soi, des personnes significatives et de la qualité des relations avec ces personnes, et ils guident les modes d'interactions sociales (Bowlby, 1982; Thompson, 1999, 2008; Zeanah & Anders, 1987). Ces modèles sont ensuite généralisés aux relations sociales ultérieures et servent d'assise afin de promouvoir ou d'entraver le fonctionnement interpersonnel de l'enfant (Bowlby, 1982; Bretherton & Munholland, 1999; Thomson, 1999). Les modèles internes opérants sont développés dès les premières années de vie de l'enfant, soit vers l'âge de deux ans (Girard, Lemelin, Provost, & Tarabulsky, 2013; Zeanah & Anders, 1987).

Deux outils sont actuellement utilisés à travers la littérature scientifique afin de faire l'étude de la sécurité d'attachement, soit l'*Attachment Q-Sort (ASQ)* (Waters, 1995;

Waters & Deane, 1985) et la Situation Étrangère d'Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). C'est à partir du développement de la Situation Étrangère qu'Ainsworth a ciblé trois catégories d'attachement, soit l'attachement sûre, évitant et ambivalent, auxquelles s'est ajoutée la catégorie désorganisée un peu plus tard (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Main & Solomon, 1990). Ces catégories sont basées sur les réactions émotionnelles et comportementales de l'enfant.

L'attachement sécurisant se définit par la capacité de l'enfant à maintenir un équilibre entre la recherche de proximité du donneur de soin et l'exploration de son monde environnant (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Concernant l'attachement évitant, il s'identifie par une manifestation restreinte des émotions et par l'absence d'engagement dans les interactions avec le parent (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Main & Solomon, 1990; Tarabulsy et al., 2015). Quant à l'attachement ambivalent, il est caractérisé par une manifestation exagérée des besoins et une préoccupation constante envers le parent (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Main & Solomon, 1990; Tarabulsy et al., 2015). Pour ce qui est de l'attachement désorganisé, il se présente comme des comportements inhabituels, contradictoires et désorientés (par exemple, une crainte du parent, une colère et une ambivalence extrême, un état dissociatif, une bienveillance exagérée, l'adoption d'une position inconfortable et un arrêt d'agir), reflétant l'absence de stratégie cohérente pour gérer sa détresse (Main & Solomon, 1990; Tarabulsy et al., 2015).

Alors que ces comportements d'attachement sont considérés comme stables et résistants aux changements (Bar-Haim, Sutton, Fox, & Marvin, 2000; van Rosmalen, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2014; Ding, Xu, Wang, Li, & Wang, 2014), certains éléments permettent un degré de modification, tels que la plasticité neuronale (Siegel, 2001) et les variations dans l'écologie développementale chez l'enfant (Thompson, Lamb, & Estes, 1982). Effectivement, la littérature propose que selon les expériences et les opportunités offertes à l'enfant, il existe des possibilités de modifier les patrons d'attachement (Fraley, Roisman, & Haltigan, 2013; van Rosmalen, van IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2014). Une méta-analyse étudiant l'efficacité des interventions provenant de 15 études ( $d = 0,05$ ,  $k = 15$ ,  $n = 842$ , 90% IC : -0,07 à 0,17) démontre la malléabilité de l'attachement en bas âge (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2005). Un patron d'attachement insécure peut alors être modifié pour devenir sûre lorsqu'une intervention est offerte à la dyade mère-enfant dans les premières années de la vie d'un enfant.

### **Des interventions pour soutenir les mères dépressives et leurs enfants**

Considérant les impacts importants des difficultés vécues par les mères dépressives sur elles-mêmes, mais aussi sur le développement de l'enfant, les chercheurs ont développé une multitude de programmes d'interventions. Pour illustrer cette variété d'interventions, il est répertorié : des thérapies centrées sur la mère, des séances d'informations sur le développement de l'enfant, des thérapies dyadiques mère-enfant et

l'utilisation de séquences vidéos portant sur les interactions dyadiques pour travailler la relation mère-enfant. Ces interventions diffèrent par les objectifs qu'elles ciblent, parfois proximaux à l'enfant et parfois plus distaux. La diversité des cibles permet toutefois de dégager deux grandes stratégies d'intervention (Baudry, Tarabulsky, Atkinson, Pearson, & St-Pierre, 2016). La première, plus proximale à l'enfant, porte sur les interactions dyadiques mère-enfant. Elle a pour prémissse que les interactions jouent un rôle primordial dans le développement de l'enfant et qu'elles sont garantes de la qualité du développement ultérieur de celui-ci (Baudry, Tarabulsky, Atkinson, Pearson, & St-Pierre, 2016). La seconde, plus distale à l'enfant, est centrée sur l'adaptation et le soutien maternel. La prémissse de cette approche est que la mère qui reçoit des services qui répondent à ses besoins personnels sera plus disponible pour stimuler l'enfant et lui offrir un environnement dont il a besoin pour se développer harmonieusement. Bien que certaines interventions dans les études puissent combiner ces deux stratégies, il est à noter que dans la présente recherche, elles ont été classées selon leur cible d'intervention prioritaire (Cohen et al., 1999; Cohen, Lojkasek, Muir, Muir, & Parker, 2002; Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996; Lyons-Ruth, Connell, & Grunbaum, 1990; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003).

### **Stratégies d'intervention favorisant les interactions dyadiques mère-enfant**

En réponse aux difficultés qu'engendre la dépression quant à l'humeur, cette stratégie d'intervention s'intéresse aux comportements maternels et plus spécifiquement, à la sensibilité de la mère manifestée dans les interactions avec son enfant (Tarabulsky et al.,

2008). Basée majoritairement sur la théorie de l'attachement, cette stratégie aborde les thèmes tels que les comportements affectueux, la proximité physique, les échanges visuels et verbaux réciproques, le respect du rythme de l'enfant, l'engagement de la mère ainsi que l'écoute des signaux de l'enfant (Cohen et al., 1999; Cohen, Lojkasek, Muir, Muir, & Parker, 2002; Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996; Kalinauskiene et al., 2009; van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008). Les représentations maternelles constituent également un thème privilégié par certains auteurs, notamment en travaillant les distorsions cognitives et expérientialles que la mère entretient par rapport à son enfant et à sa relation par l'intériorisation de nouvelles expériences positives avec son enfant (Cicchetti, Toth, & Rogosch, 1999; Fonagy, Sled, & Baradon, 2016; Toth, Rogosch, Manly, & Cicchetti, 2006).

À titre d'exemple, l'étude expérimentale de van Doesum et de ses collègues (2008) offre l'intervention *Mother-Baby Intervention Program*. Ce programme propose une moyenne de neuf rencontres à 35 dyades mère-enfant ( $n = 71$ ), dont la mère présente un diagnostic de dépression. L'intervention offerte par des professionnels consiste notamment à travailler les interactions dyadiques entre la mère et son enfant à l'aide d'une séquence vidéo, en priorisant l'augmentation de la sensibilité maternelle. Lors des visites, des petites tâches, comme donner un boire ou un bain à l'enfant, sont filmées pour ensuite faire des rétroactions vidéos avec la mère. L'intervenant souligne à la mère les éléments positifs lorsqu'elle interagit avec son enfant et l'encourage, par exemple, à augmenter les contacts visuels et à adopter une communication bidirectionnelle. L'idée

est d'amener la mère à généraliser ces comportements positifs dans son quotidien avec son enfant. Les résultats de cette étude indiquent une différence significative entre le groupe contrôle ( $n = 36$ ) et le groupe expérimental ( $n = 35$ ). Effectivement, le groupe ayant bénéficié de l'intervention obtient une moyenne de 0,41 à l'*Attachment Q-Sort* (ASQ) comparativement à 0,26 pour le groupe contrôle (score variant entre -1 et +1).

### **Stratégies d'intervention favorisant l'adaptation et le soutien maternel**

Cette seconde stratégie prend en considération la présence de facteurs de risque psychosociaux, tels que la présence d'une dépression maternelle, qui peuvent interférer avec la relation d'attachement mère-enfant (Berlin, 2005). Ainsi, les interventions qui s'inscrivent dans cette stratégie visent plusieurs services favorisant une meilleure adaptation de la mère à ses conditions de vie (notamment à son rôle de mère) et de santé (présence de symptômes dépressifs). On y retrouve l'augmentation d'un réseau de soutien de la mère (Lyons-Ruth, Connell, Grunbaum, & Botein, 1990), l'accessibilité aux ressources sociales, médicales et financières (Lyons-Ruth, Connell, Grunbaum, & Botein, 1990), l'exploration des préoccupations personnelles de la mère (par exemple, la relation conjugale, les conflits interpersonnels et les problèmes financiers) (Forman et al., 2007; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003), la compréhension de la dépression (Forman et al., 2007; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003) de même que l'augmentation des connaissances et des compétences parentales (Cohen et al., 1999; Cohen, Lojkasek, Muir, Muir, & Parker, 2002; Lyons-Ruth, Connell, Grunbaum, & Botein, 1990; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003).

À titre d'exemple, l'étude canadienne de Cohen et ses collaborateurs (2002) ( $n = 25$ ) comparant deux types d'intervention (*Watch, Wait and Wonder* et la psychothérapie psychodynamique) démontre que la psychothérapie psychodynamique peut être efficace. Les chercheurs proposent aux mères ayant des symptômes associés à une dépression générale une intervention d'une durée moyenne de 5,4 mois. Pendant les séances, la mère exprime ses difficultés au thérapeute, notamment en lien avec son passé. Les résultats démontrent une efficacité de l'intervention, où il est possible d'observer une augmentation de 13 % du nombre d'enfants dans le groupe sûre en post-intervention.

### **Modalités et structure**

Les programmes d'interventions ciblés dans les études ont des modalités d'administration et de traitement qui varient, et ce dans une même stratégie. En effet, les auteurs offrent une durée de traitement et une fréquence de rencontres qui diffèrent, ou encore des structures de rencontre qui varient d'une intervention à l'autre. Ainsi, certaines interventions peuvent s'étaler sur une courte durée (6 mois et moins) (Cohen et al., 1999; Cohen, Lojkasek, Muir, Muir, & Parker, 2002; Forman et al., 2007; Kalinauskiene et al., 2009; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003; van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008) alors que d'autres s'étendent sur plusieurs mois (6 mois à 14 mois) (Cicchetti, Toth, & Rogosch, 1999; Fonagy, Sleed, & Baradon, 2016; Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990; Toth, Rogosch, Manly, & Cicchetti, 2006). Certaines interventions s'effectuent en dyade mère-enfant (Cicchetti, Toth, & Rogosch, 1999;

Cohen et al., 1999; Cohen, Lojkasek, Muir, Muir, & Parker, 2002; Fonagy, Sleed, & Baradon, 2016; Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996; Kalinauskiene et al., 2009; Toth, Rogosch, Manly, & Cicchetti, 2006; van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008), tandis que d'autres préfèrent des rencontres individuelles (Forman et al., 2007; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003). D'autres études vont combiner un suivi à la fois individuel et en groupe (Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990). Les interventions peuvent s'effectuer dans les centres de distribution des services sociaux (Fonagy, Sleed, & Baradon, 2016) alors que certains programmes privilégient le milieu naturel, soit le domicile de la famille (Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996; Kalinauskiene et al., 2009; Lyons-Ruth et al., 1990; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003; van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008). La majorité des programmes est offerte par des professionnels, comme des infirmières, des thérapeutes et des psychologues (Cicchetti, Toth, & Rogosch, 1999; Cohen et al., 1999; Cohen, Lojkasek, Muir, Muir, & Parker, 2002; Fonagy, Sleed, & Baradon, 2016; Forman et al., 2007; Kalinauskiene et al., 2009; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003; Toth, Rogosch, Manly, & Cicchetti, 2006; van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008). D'autres vont plutôt combiner l'offre de service avec la présence de pairs aidants comme des mères bénévoles ayant déjà vécu une dépression maternelle (Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990). Ces modalités sont importantes à considérer étant donné que la présente étude s'intéresse à l'efficacité des programmes d'intervention, elles seront d'ailleurs prises en compte lors de l'étude des variables modératrices.

### **Efficacité des interventions sur la sécurité d'attachement**

Plusieurs études ont évalué les effets des interventions ayant des cibles d'intervention proximales (interactions dyadiques mère-enfant) ou distales à l'enfant (soutien maternel) sur son développement, et plus particulièrement sur sa sécurité d'attachement. La méta-analyse de Bakermans-Kranenburg et de ses collaborateurs (2003) s'est attardée à ces deux stratégies d'intervention dans une étude auprès d'une large population. Les résultats concernant la sécurité d'attachement se sont révélés modestes ( $d = 0,19, p < 0,05, k = 29, n = 1503, 90\% \text{ IC : } -0,05 \text{ à } 0,42$ ). Toutefois, l'étude conclut que les stratégies d'intervention ayant une cible plus proximale à l'enfant apportent des bénéfices supérieurs quant à la promotion de la sécurité d'attachement avec une taille d'effet significative ( $d = 0,39, p < 0,01, k = 10, n = 463$ ). En accord avec ces résultats, la méta-analyse de Létourneau et de ses collègues (2015) démontre que les interventions visant les interactions, notamment en travaillant la sensibilité maternelle et les représentations maternelles, produisent des effets positifs sur l'attachement ( $\text{OR} = 2,77, 95\% \text{ IC : } 1,69 \text{ à } 4,53, k = 7, n = 965$ ), plus particulièrement auprès d'une population à haut risque. Les études entourant la dépression maternelle apportent des résultats plus hétérogènes au niveau de la sécurité d'attachement. Alors que plusieurs études démontrent des résultats encourageants sur cette sphère développementale, ces deux approches ne semblent pas toujours apporter les mêmes effets positifs, résultats qui soulignent la nécessité de s'intéresser à l'efficacité des interventions offertes aux mères dépressives.

## **Constats et objectifs de recherche**

L'avancement scientifique actuel ne permet pas de statuer sur l'efficacité générale des interventions offertes aux mères dépressives quant à la sécurité d'attachement chez les enfants dans la période de la petite enfance. Néanmoins, la complexité, l'ampleur et la gravité des difficultés d'attachement sur le développement global à court, moyen et long terme de l'enfant démontrent l'importance de bien documenter l'efficacité de ces interventions pour déterminer comment soutenir ces familles dans le besoin. Une recherche par l'entremise d'une méta-analyse est alors appropriée.

## **Objectifs**

À la lumière de ces constats, cette méta-analyse a pour objectif principal d'évaluer l'effet global des interventions offertes aux mères dépressives sur la sécurité d'attachement de l'enfant chez les 0-5 ans, période clé dans son développement. Dans l'éventualité où les interventions s'avèrent efficientes, ce projet permettra également d'établir si les stratégies d'intervention plus proximales à l'enfant apportent des bénéfices supérieurs que celles plus distales à l'enfant à l'égard de sa sécurité d'attachement. De plus, ce projet de recherche permettra de considérer la présence de variables modératrices afin d'examiner de quelle manière l'efficacité des interventions peut être influencée. Les variables modératrices considérées sont: a) les caractéristiques de l'intervention (le nombre de séances, la durée du traitement et le type d'intervenants),

b) les caractéristiques de l'échantillon (l'intensité des symptômes dépressifs, le type de dépression, le genre et l'âge de l'enfant de même que l'âge de la mère) ainsi que c) les caractéristiques de l'étude (le devis de recherche, le pays et l'année de publication). L'atteinte de ces objectifs constituera un apport considérable aux domaines sociaux, tels que la psychoéducation. Effectivement, ce projet permettra de sensibiliser les milieux cliniques sur les meilleures pratiques pour soutenir les mères dépressives afin de favoriser un développement optimal chez les enfants et diminuer les conséquences associées chez ces derniers.

## **Méthode**

Cette seconde section sera dédiée à la méthode employée pour atteindre les objectifs de la méta-analyse. Les procédures de recension et de sélection des études, la codification des variables modératrices et enfin, la stratégie d'analyse seront détaillées.

### **Stratégie de recension**

La recherche des articles a été effectuée à partir de trois bases de données regroupant les recherches du domaine psychosocial et médical, soit PsycInfo, CINHAL ainsi que Medline. Cette recension systématique des écrits, portant sur des articles publiés en anglais et en français, entre 1970 et 2016, a été réalisée par l'auteure.

Pour chacune des variables, l'utilisation de mots clés en anglais a été privilégiée afin d'accroître l'inventaire disponible. Pour désigner la population ciblée par cette recherche, des mots clés tels que *maternal depression*, *maternal mood*, *maternal psychopathology* et *postpartum depression* ont été employés. Afin de répertorier des études incluant des interventions psychosociales, des mots clés comme *prevention*, *intervention* et *program* ont été utilisés en combinaison avec des termes plus spécifiques tels que *therapy*, *home visiting*, *psychotherapy* et *counseling*. Enfin, pour inclure la variable sur la sécurité d'attachement des enfants 0-5 ans, les mots clés suivants ont été ajoutés : *child attachment*, *infant attachment*, *attachment security* et *affective disorders*.

La troncature a été utilisée pour certains mots clés, notamment *child\** et *strategie\**, afin d'inclure les termes ayant des racines identiques. L'opérateur booléen « OR » a été utilisé entre les mots clés provenant d'une même variable pour élargir la recherche alors que « AND » a été employé entre les mots clés de catégories différentes afin d'assurer l'inclusion des trois variables.

### **Critères de sélection des études**

Pour la présente méta-analyse, les études ont été sélectionnées en se basant sur des critères d'inclusion et d'exclusion préétablis avant la recension :

(1) L'étude devait inclure une intervention psychosociale, et ce, peu importe l'approche utilisée, la durée des interventions, le milieu d'intervention et le nombre de rencontres.

(2) L'étude devait inclure un échantillon de mères ayant des symptômes de dépression, sans égard à l'intensité, de manière à être le plus inclusif possible. Ces symptômes pouvaient être auto-rapportés à l'aide d'un outil standardisé ou diagnostiqué par un professionnel de la santé. Dans le cas où l'échantillon n'était pas exclusivement composé de mères ayant des symptômes de dépression, il devait y avoir un minimum de 60 % de la population aux prises avec cette problématique.

(3) L'échantillon devait être composé de mères adultes, soit âgées de 18 ans et plus. Dans la mesure où l'étude ne rapportait que la moyenne d'âge, celle-ci devait être supérieure à 21 ans pour éviter que l'échantillon soit composé de mères très jeunes. Être

une mère adolescente représente un facteur de risque non négligeable pour le développement de l'enfant, notamment pour le risque accru de comportements de maltraitance (Jutte et al. 2010), pour la forte propension à vivre dans un contexte de monoparentalité (Tarabulsky et al., 2008), mais également pour la diminution marquée de la sensibilité maternelle (Sellers, Black, Boris, Oberland, & Myers, 2011). Il est bien établi que les mères adolescentes sont plus à risque que les mères adultes à développer une détresse émotionnelle dans la période postpartum (Holub, Candelaria, & Laniado-Laborin, 2006). C'est donc en raison de cette accumulation de facteurs de risque que celles-ci ont été exclues. Il est à noter que dans l'étude de Murray et ses collaborateurs (2003), deux groupes d'intervention (cognitivo-comportemental et psychodynamique) sur trois affichent une tranche d'âge de 17 à 42 ans. La moyenne de ces deux groupes étant largement supérieure à 21 ans (moyenne de 28 ans), cet article a été inclus.

(4) L'étude devait inclure des enfants âgés entre 0 et 5 ans, période primordiale pour le développement de l'enfant tel que mentionné précédemment. L'intention de cibler des groupes d'âge spécifiques, tant pour les mères que pour les enfants, permet d'obtenir une population plus homogène et donc des résultats plus généralisables.

(5) L'étude devait rapporter une évaluation quantitative des mesures de la sécurité d'attachement de l'enfant pour être en mesure de valider l'efficacité de l'intervention sur cette sphère développementale. Ainsi, les mesures évaluant l'attachement à l'aide de l'*Attachment Q-Sort* (Waters & Deane, 1985; Waters, 1995) et de la Situation Étrangère (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) sont prises en compte. Malgré le fait que certains auteurs quantifient la sécurité d'attachement à l'aide de certaines échelles du

*Home Observation for Measurement of the Environment* (HOME) (Caldwell & Bradley, 2003), un choix quant à son exclusion a été fait. En effet, cet instrument ne s'attarde pas exclusivement à la sécurité d'attachement, mais davantage à des mesures observationnelles de l'environnement et à l'implication de la mère dans la stimulation auprès de son enfant (Armstrong, Fraser, Dadds, & Morris, 1999, 2000; Beeber et al., 2010).

### Sélection des études

Un total de 2698 articles a été trouvé dans les banques de données à partir des mots clés, où 275 études ont été soustraites en raison de leur duplication. Ainsi, en excluant les doublons, un total de 2423 études a été retenu. Les références de l'ensemble des articles analysés (333 articles) ont permis de sélectionner 491 études supplémentaires pouvant être pertinentes. Afin d'assurer l'exhaustivité de la recension, 35 chercheurs ayant leur domaine d'expertise connexe à la dépression maternelle et à la sécurité d'attachement ont été contactés par l'entremise de courriels. Par ce procédé, neuf articles ont été référencés, mais six d'entre eux étaient déjà ressortis des bases de données. À partir des 2917 articles restants, les titres ont permis d'exclure 1478 articles alors que les résumés ont permis de soustraire 1090 articles, notamment en raison de l'absence d'une variable. Au total, 333 études ont fait l'objet d'une évaluation plus approfondie et 322 articles ont été éliminés en raison des critères de sélection. Au final, 11 articles ont été sélectionnés pour aborder les questions de cette présente recherche, dont deux études

rapportent plus d'une stratégie d'intervention (Cohen et al., 1999, 2002; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk 2003). Au total, 13 interventions ont été dénombrées, ciblant soit l'intervention distale avec l'enfant : l'adaptation et le soutien maternel ( $k = 6$ ) ou l'intervention proximale avec l'enfant : les interactions dyadiques mère-enfant ( $k = 7$ ). Ainsi, 13 tailles d'effet différentes ont été considérées dans les analyses (tableau 1).

Afin de garantir la qualité des études, seules les publications ayant été soumises à l'évaluation d'un comité de pairs ont été considérées. Les mémoires et les thèses ont donc été exclus. Les résultats non significatifs ont été rapportés au même titre que les résultats significatifs pour éviter le biais de sur-représentation. Deux personnes ont été impliquées dans le processus de sélection d'articles afin d'assurer la qualité et la conformité des études.

La figure 1 illustre le processus de sélection des études en justifiant les raisons d'exclusion.

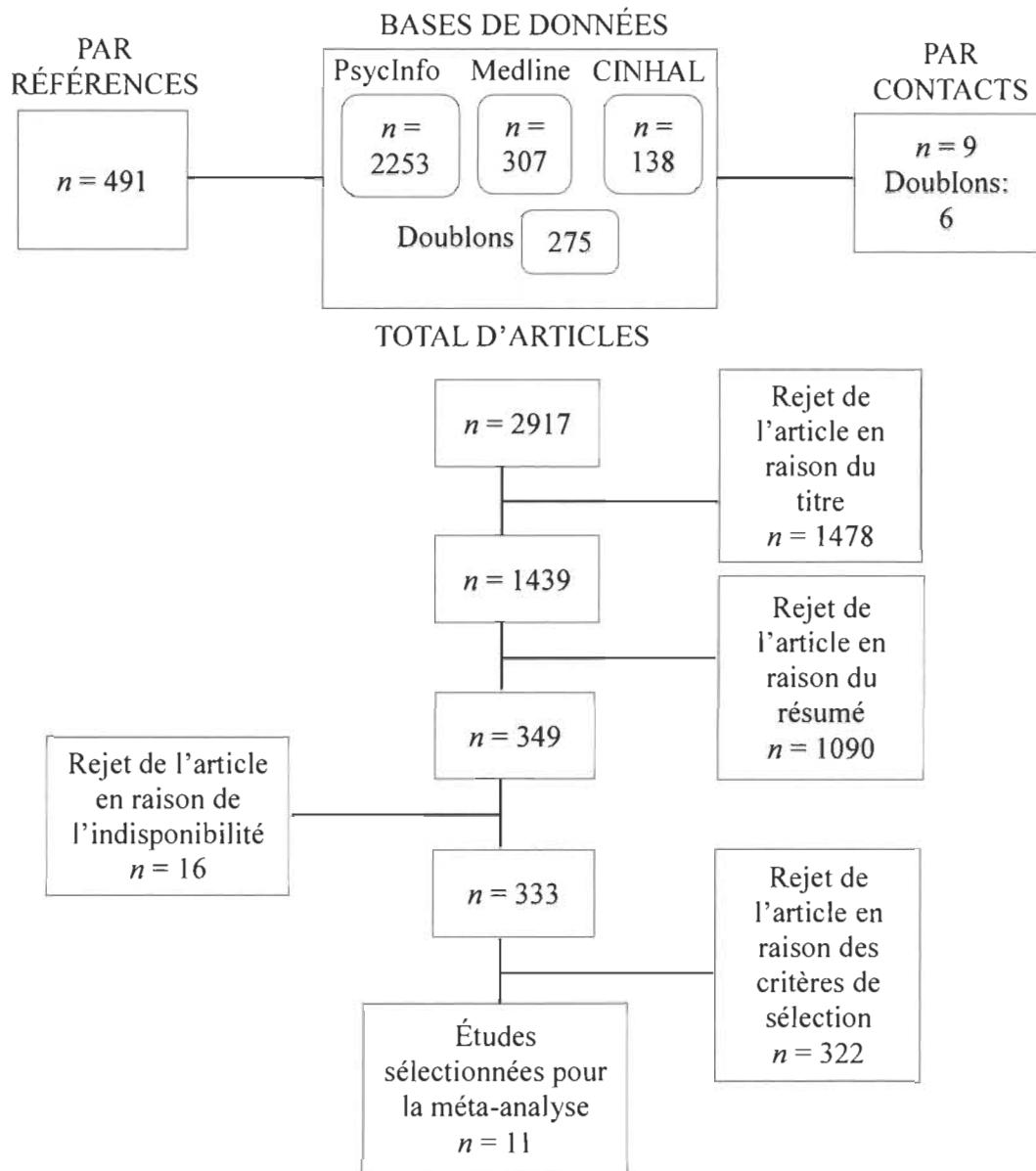


Figure 1. Processus de sélection des études.

Certaines études (Cooper et al., 2009; Cooper, De Pascalis, Woolgar, Romaniuk, & Murray, 2015; Salomonsson, Sorjonen, & Salomonsson, 2015) ont été exclues en raison du faible pourcentage de mères présentant des symptômes dépressifs (11 à 36 %). De

plus, malgré la présence d'une mesure de dépression auto-rapportée à l'aide du *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, 1978b; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), l'étude de Heinicke et ses collègues (1999, 2001) n'a pas été incluse. Il a été impossible de valider la présence de symptômes dépressifs chez les mères en raison de l'absence des résultats à cet instrument. L'étude d'Ammaniti et ses collaborateurs (2006) a également été rejetée en raison de l'absence des résultats à la Situation Étrangère (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) à 12 mois. Une tentative de contact des chercheurs a été faite, mais sans succès.

### Codification des articles

Un système de codification des études a été effectué dans le but de cibler et de catégoriser un ensemble de variables modératrices possibles : (1) les caractéristiques des interventions, (2) les caractéristiques de l'échantillon, (3) les caractéristiques des études et enfin, (4) les mesures d'évaluation de la sécurité d'attachement (tableau 2). Il est à noter qu'un seuil de quatre programmes d'intervention est nécessaire pour poursuivre les analyses reliées aux modérateurs.

**(1) Les caractéristiques de l'intervention.** Les variables modératrices entourant les caractéristiques des interventions comprennent la stratégie d'intervention (1 : interactions dyadiques et 2 : adaptation et soutien maternel), la durée des interventions (1 : 6 mois et moins et 2 : 6 mois et plus) de même que le nombre de rencontres (1 : 16

rencontres et moins et 2 : 16 rencontres et plus). Les stratégies d'intervention ont été codifiées par deux personnes selon leur cible principale d'intervention. La durée des interventions proposées varie de trois à 14 mois et le nombre de rencontres de cinq à 47 rencontres. Dans l'étude de Forman et de ses collaborateurs (2007), il a été estimé, à partir des informations disponibles, qu'une rencontre par semaine avait été offerte (12 rencontres) puisque le nombre de rencontres n'avait pas été spécifié. Le temps écoulé depuis la fin de l'intervention a également été considéré comme étant une variable modératrice afin de se questionner sur l'impact positif immédiat ou plus tardif de l'intervention. Une majorité des programmes d'intervention sont offerts par des professionnels de la santé tandis que d'autres vont combiner les professionnels avec des pairs aidant. Toutefois, en raison du nombre insuffisant d'articles incluant la présence de pairs aidants ( $k = 2$ ), cette variable n'a pas pu être considérée lors de l'analyse des variables modératrices.

**(2) Les caractéristiques de l'échantillon.** Les variables modératrices se rapportant à l'échantillon incluent l'intensité de la dépression (1 : faible à modérée et 2 : modérée à sévère), le type de dépression (1 : dépression générale et 2 : dépression postpartum), l'âge des enfants (1 : 12 mois et moins et 2 : 12 mois et plus), le genre de l'enfant ainsi que l'âge des mères (1 : 30 ans et moins et 2 : 30 ans et plus).

**Éléments dépressifs.** Bien que certaines études offrent des interventions à une population exclusivement composée de mères ayant une dépression clinique selon le

DSM-III-R, d'autres se restreignent à une évaluation auto-rapportée, notamment au BDI (Beck, 1978; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) et au CES-D (Radloff, 1977). La classification de l'intensité de la dépression a été effectuée à partir des scores obtenus aux instruments de mesure. Il est à noter que la présence d'un diagnostic de dépression majeure selon un outil diagnostique a été systématiquement codifiée comme une dépression modérée à sévère. Malgré le faible score au BDI (moyenne de 7.21) relevé par les mères dans l'étude de Kalinauskienė et ses collègues (2009), une décision quant à son inclusion a été prise en raison de la signification des scores. En effet, un score entre zéro et neuf au BDI signifie l'absence ou la présence de symptômes faibles. La moyenne étant près de la limite supérieure, elles ont été placées dans la catégorie d'intensité faible à modérée. Le type de dépression maternelle, soit la dépression postpartum ( $k = 4$ ) et la dépression générale ( $k = 9$ ), est un modérateur également pris en compte.

**Population.** Afin de mieux évaluer vers quel âge l'intervention est susceptible d'être la plus efficace pour les enfants, des catégories ont été faites, soit de 12 mois et moins ( $k = 8$ ) et 12 mois et plus ( $k = 5$ ). À partir de 12 mois, la sécurité d'attachement commence à s'instaurer pour devenir stable (Bar-Haim, Sutton, Fox, & Marvin, 2000; Bowlby, 1982; van Rosmalen, van Ijzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2014), ce qui explique le choix de la limite des catégories. De plus, plusieurs concepts fondamentaux associés au développement de la sécurité d'attachement se développent dans la première année de vie de l'enfant, notamment l'émergence du modèle interne opérant, l'anxiété

de séparation, la discrimination et la reconnaissance des personnes ainsi que la permanence de l'objet (Piaget, 1954; Sherman, Rice, & Cassidy, 2015). Le sexe de l'enfant est rapporté par une majorité d'études. Lorsque le pourcentage n'était pas identifié, il a été présumé qu'un taux égal de filles et de garçons représentait l'échantillon, c'est-à-dire de 50 % ( $k = 4$ ). L'âge des mères est également considéré comme un facteur modérateur. Dans un même objectif, deux catégories ont également été faites, soit de 30 ans et moins ( $k = 5$ ) ainsi que 30 ans et plus ( $k = 8$ ).

**(3) Les caractéristiques de l'étude.** Plusieurs caractéristiques des études sélectionnées sont considérées comme des facteurs modérateurs potentiels, notamment l'année de publication, le devis (1 : expérimental ( $k = 9$ ) et 2 : quasi-expérimental ( $k = 4$ ) et le pays de publication des études (1 : Amérique ( $k = 7$ ) et 2 : Europe ( $k = 6$ )). L'année de publication varie entre 1970 à 2016. Parmi les études sélectionnées, huit proposent un essai randomisé, incluant un groupe expérimental et un groupe contrôle (ou comparaison) ( $k = 8$ ), alors que trois études ont choisi un devis quasi expérimental ( $k = 3$ ). Les études retenues ont été réalisées dans plusieurs pays, mais une catégorisation a été effectuée en deux continents, soit en Amérique ou en Europe.

**(4) Les mesures d'évaluation de la sécurité d'attachement.** Les mesures utilisées pour évaluer la sécurité d'attachement sont considérées comme variables modératrices puisque deux outils distincts sont utilisés dans les études, soit la Situation Étrangère (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) ainsi que deux versions de l'*Attachment Q*-

*Sort (ASQ)* (Waters, 1995; Waters & Deane, 1985). La Situation Étrangère est généralement cotée par deux évaluateurs indépendants ou plus, ce qui diminue les risques relatifs à la perception des mères. En ce qui concerne l'ASQ, ses modalités d'utilisation sont partagées. Alors que des auteurs (Cicchetti, Toth, & Rogosch, 1999; Forman et al., 2007) ont impliqué la participation de la mère dans le processus de classification, d'autres (Kalinauskiene et al., 2009; van Doesum, Riksen-Walraven, Hosman, & Hoefnagels, 2008) ont utilisé uniquement des évaluateurs indépendants. En raison du nombre insuffisant d'articles ayant inclus la mère dans la classification ( $k = 2$ ), cette variable n'a pas pu être considérée lors de l'analyse des variables modératrices.

Lorsque plusieurs résultats relatifs à la sécurité d'attachement de l'enfant étaient rapportés (Cicchetti, Toth, & Rogosch, 1999; Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996; Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum, & Botein, 1990; Toth, Rogosch, Cicchetti, & Manly, 2006), seuls ceux concernant l'efficacité de l'intervention mesurée en post-intervention ont été extraits.

Dans l'étude de Cohen et de ses collaborateurs (1999, 2002), les résultats tels que rapportés ne pouvaient pas être intégrés directement dans le logiciel en raison de la présence de six groupes distincts (d'insécuré à sûre, du groupe D au groupe A ou C, maintien dans le groupe sûre, maintien dans le groupe A, C ou D, de sûre à insécuré ainsi que du groupe A ou C au groupe D) (A et C= insécuré, B= sûre et D= désorganisé). Ainsi, un calcul a dû être réalisé pour les deux interventions (*Watch, Wait*

*and Wonder et Psychodynamic Parent-Infant Psychotherapy).* Deux groupes ont été créés à partir des résultats disponibles, soit un groupe sûre (pré et post) et un groupe insûre (pré et post), en considérant le nombre d'enfants dans chacun des types d'attachement en pré et post-intervention. Les calculs effectués reflètent les résultats de l'étude en question dans les analyses.

Tableau 1

Caractéristiques et codification des groupes d'intervention des mères dépressives provenant des 11 études

Études retenues	N	Intervention (n)	Contrôle (n)	Âge <sup>1</sup> des mères (ans)	Durée <sup>1</sup> de l'intervention (mois)	Âge <sup>1</sup> des enfants post-intervention (mois)	Âge <sup>1</sup> des enfants pré-intervention (mois)	Nombre <sup>1</sup> de rencontres	% de garçons	Mois écoulés suite à l'intervention	Pays	Stratégies		Outils		Devis		ID	TD	<i>d</i>
												AM	I	ASQ	ASS	EX	QE	FM	MS	DG
Cicchetti et al. (1999)	63	36	27	31,7	20,0	36,0	14,0	45,0	0	50,0	A		X	X		X		X	X	0,44
Cohen et al. (1999) (C1)	58 <sup>a</sup>	n/a	31	32,4	19,2	25,0	5,4	15,0	0	58,0	A	X			X		X	X	X	-0,28
Cohen et al. (2002) (C1)	58 <sup>a</sup>	n/a	31	32,4	19,2	35,0	5,4	15,0	10,7	58,0	A	X			X		X	X	X	-0,28

Note. C1= Condition 1; C2= Condition 2; C3= Condition 3; A= Amérique; E= Europe; AM = Adaptation et soutien maternel; I= Interactions dyadiques; ASQ= *Attachment Q-Sort*; ASS= *Ainsworth Strange Situation*; EX= Expérimental; QE= Quasi-expérimental; ID= Intensité de la dépression; TD= Type de dépression; FM= Faible à modérée; MS= Modérée à sévère; DG= Dépression générale; DP= Dépression postpartum; *d*= Résultat de l'intervention.

<sup>1</sup> Moyen (ne)

<sup>a</sup> Les groupes d'intervention de cette étude sont comparés à l'autre groupe d'intervention

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,001$

Tableau 1

Caractéristiques et codification des groupes d'intervention des mères dépressives provenant des 11 études

Études retenues	N	Intervention (n)	Contrôle (n)	Âge <sup>1</sup> des mères (ans)	Durée <sup>1</sup> de l'intervention (mois)	% de garçons	Mois écoulés suite à l'intervention	Nombre <sup>1</sup> de rencontres	Pays	Stratégies		Outils		Devis		ID	TD	d	
										AM	I	ASQ	ASS	EX	QE	FM	MS	DG	DP
Cohen et al. (1999) (C2)	“	n/a	27	32,2	21,5	27,0	4,6	14,0	0	62,0	A		X		X	X	X	X	0,25
Cohen et al. (2002) (C2)	“	n/a	27	32,2	21,5	37,0	4,6	14,0	10,6	62,0	A		X		X	X	X	X	0,25
Fonagy et al. (2016)	53	28	25	31,1	4,0	16,0	12,0	16,0	0	64,0	E		X		X	X	X	X	0,14

Note. C1= Condition 1; C2= Condition 2; C3= Condition 3; A= Amérique; E= Europe; AM = Adaptation et soutien maternel; I= Interactions dyadiques; ASQ= *Attachment Q-Sort*; ASS= *Ainsworth Strange Situation*; EX= Expérimental; QE= Quasi-expérimental; ID= Intensité de la dépression; TD= Type de dépression; FM= Faible à modérée; MS= Modérée à sévère; DG= Dépression générale; DP= Dépression postpartum; d= Résultat de l'intervention.

<sup>1</sup> Moyen (ne)

<sup>a</sup> Les groupes d'intervention de cette étude sont comparés à l'autre groupe d'intervention

\*  $p<0,05$

\*\*  $p<0,001$

Tableau 1

Caractéristiques et codification des groupes d'intervention des mères dépressives provenant des 11 études

Études retenues	N	Intervention (n)	Contrôle (n)	Âge <sup>1</sup> des mères (ans)	Durée <sup>1</sup> de l'intervention (mois)	% de garçons	Mois écoulés suite à l'intervention	Nombre <sup>1</sup> de rencontres	Pays	Stratégies		Outils		Devis		ID	TD	d	
										AM	I	ASQ	ASS	EX	QE	FM	MS	DG	DP
Forman et al. (2007)	120	60	60	30,1	6,1	29,0	3,0	12,0	18,0	50,0	A	X		X	X	X	X	X	-0,67**
Gelfand et al. (1996)	73	36	37	30,3	7,2	20,0	9,0	29,0	1,0	60,0	A		X		X	X	X	X	0,59*
Kalinavskiene et al. (2009)	54	28	26	26,4	6,0	12,0	5,0	5,0	0	52,0	E		X	X		X	X	X	-0,01

Note. C1= Condition 1; C2= Condition 2; C3= Condition 3; A= Amérique; E= Europe; AM = Adaptation et soutien maternel; I= Interactions dyadiques; ASQ= *Attachment Q-Sort*; ASS= *Ainsworth Strange Situation*; EX= Expérimental; QE= Quasi-expérimental; ID= Intensité de la dépression; TD= Type de dépression; FM= Faible à modérée; MS= Modérée à sévère; DG= Dépression générale; DP= Dépression postpartum; d= Résultat de l'intervention.

<sup>1</sup> Moyen (ne)

<sup>a</sup> Les groupes d'intervention de cette étude sont comparés à l'autre groupe d'intervention

\*  $p<0.05$

\*\*  $p<0.001$

Tableau 1

Caractéristiques et codification des groupes d'intervention des mères dépressives provenant des 11 études

Études retenues	N	Intervention (n)	Contrôle (n)	Durée <sup>1</sup> de l'intervention (mois)	% de garçons	Mois écoulés suite à l'intervention	Nombre <sup>1</sup> de rencontres	Pays	Stratégies		Outils		Devis		ID	TD	<i>d</i>	
									AM	I	ASQ	ASS	EX	QE	FM	MS	DG	DP
Lyons-Ruth et al. (1990)	38	10	28	23,7	5,0	18,0	13,3	47,0	0	65,8	A	X		X	X	X	X	0,81
Murray et al. (2003) (C1)	167 <sup>a</sup>	47	41	27,5	1,4	18,0	3,1	13,0	13,5	50,0	E	X		X	X	X	X	0,03
Murray et al. (2003) (C2)	"	47	40	27,5	1,4	18,0	3,1	13,0	13,5	50,0	E	X		X	X	X	X	0,04

Note. C1= Condition 1; C2= Condition 2; C3= Condition 3; A= Amérique; E= Europe; AM= Adaptation et soutien maternel; I= Interactions dyadiques; ASQ= *Attachment Q-Sort*; ASS= *Ainsworth Strange Situation*; EX= Expérimental; QE= Quasi-expérimental; ID= Intensité de la dépression; TD= Type de dépression; FM= Faible à modérée; MS= Modérée à sévère; DG= Dépression générale; DP= Dépression postpartum; *d*= Résultat de l'intervention.

<sup>1</sup> Moyen (ne)

<sup>a</sup> Les groupes d'intervention de cette étude sont comparés à l'autre groupe d'intervention

\* *p*<0.05

\*\* *p*<0.001

Tableau 1

Caractéristiques et codification des groupes d'intervention des mères dépressives provenant des 11 études

Études retenues	N	Intervention (n)	Contrôle (n)	Nombre <sup>1</sup> de rencontres	Durée <sup>1</sup> de l'intervention (mois)	Âge <sup>1</sup> des enfants post-intervention (mois)	Âge <sup>1</sup> des enfants pré-intervention (mois)	Âge <sup>1</sup> des mères (ans)	% de garçons	Mois écoulés suite à l'intervention	Pays	Stratégies		Outils		Devis		ID	TD	d	
												AM	I	ASQ	ASS	EX	QE	FM	MS	DG	DP
Murray et al. (2003) (C3)	“	47	39	27,3	1,4	18,0	3,1	13,0	13,5	50,0	E	X					X	X	X	X	0,22
Toth et al. (2006)	100	54	46	31,7	20,0	36,0	14,0	45,0	0	52,8	A		X			X	X		X	X	1,20**
Van Doesum et al. (2008)	71	36	35	30,2	5,5	19,0	3,5	9,0	6,0	60,5	E		X	X			X		X	X	0,46

Note. C1= Condition 1; C2= Condition 2; C3= Condition 3; A= Amérique; E= Europe; AM = Adaptation et soutien maternel; I= Interactions dyadiques; ASQ= *Attachment Q-Sort*; ASS= *Ainsworth Strange Situation*; EX= Expérimental; QE= Quasi-expérimental; ID= Intensité de la dépression; TD= Type de dépression; FM= Faible à modérée; MS= Modérée à sévère; DG= Dépression générale; DP= Dépression postpartum; d= Résultat de l'intervention.

<sup>1</sup> Moyen (ne)

<sup>a</sup> Les groupes d'intervention de cette étude sont comparés à l'autre groupe d'intervention

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p < 0,001$

Tableau 2

*Système de codification selon les caractéristiques des études, des interventions, de l'échantillon ainsi que des mesures d'évaluation*

Variables	Description de la codification
Caractéristiques des interventions	
Stratégies d'intervention	1= Interactions dyadiques 2= Adaptation et soutien maternel
Durée de l'intervention	1= 6 mois et moins 2= 6 mois et plus
Nombre de rencontres	1= 16 rencontres et moins 2= 16 rencontres et plus
Caractéristiques de l'échantillon	
Intensité de la dépression	1= Faible à modérée 2= Modérée à sévère
Types de dépression	1= Dépression générale 2= Dépression postpartum
Âge des mères	1= 30 ans et moins 2= 30 ans et plus
Âge des enfants	1= 12 mois et moins 2= 12 mois et plus
Caractéristiques des études	
Lieu de publication	1= Amérique 2= Europe
Devis de recherche	1= Expérimental 2= Quasi-expérimental
Mesure d'évaluation	
Mesure d'attachement	1= Situation Étrangère (ASS) 2= <i>Attachment Q-Sort (ASQ)</i>

### Stratégie d'analyse des données

Les analyses statistiques réalisées à partir des 11 études sélectionnées ont été faites à l'aide du logiciel *Comprehensive Meta-Analysis 2,0* (Boreinstein, Hegdes, Higgins, & Rothstein, 2005). Afin d'obtenir une mesure commune à toutes les études, une taille d'effet a été calculée pour chacune d'elles, soit le *d* de Cohen. Le *d* de Cohen est une taille d'effet qui correspond à la différence entre deux moyennes de groupes comparés (groupe expérimental versus groupe contrôle) divisées par l'écart-type (Ellis, 2010). Ainsi, dans la présente étude, le *d* de Cohen permet de mesurer l'augmentation du nombre d'enfants ayant un attachement sûr chez les mères dépressives qui ont reçu une intervention. Ce résultat expose l'efficacité avec laquelle une intervention offerte à des mères dépressives arrive à augmenter la sécurité d'attachement chez l'enfant en bas âge.

Le *d* de Cohen est également une mesure standardisée indiquant la direction et l'ampleur d'une association entre les variables. Un *d* de Cohen ayant une direction positive signifie que le groupe d'enfants dont les mères reçoivent une intervention a un taux d'attachement sûr plus élevé en post-intervention que les enfants des mères du groupe contrôle. En ce qui concerne l'ampleur, une taille d'effet de 0,20 est définie comme faible, 0,50 comme moyenne alors que 0,80 et plus comme élevée (Cohen, 1988).

En premier lieu, un calcul de la taille d'effet pour chaque étude a été fait. Si plusieurs interventions étaient présentes dans l'étude, une taille d'effet a été attribuée pour chacune des interventions. Dans l'étude de Murray et ses collègues (2003), trois interventions sont proposées, signifiant alors que trois  $d$  de Cohen ont été calculés. Dans les études de Cohen et ses collaborateurs (1999, 2002), deux interventions sont offertes signifiant la présence de deux  $d$  de Cohen. Toutefois, dans ces dernières études, deux résultats sont rapportés pour chacune des stratégies d'intervention étant donné la présence de mesure à deux mois d'intervalle. Ainsi, pour chacune des stratégies d'intervention, une seule moyenne a été calculée pour la taille d'effet puisque les données proviennent du même échantillon. Ensuite, une pondération propre à chaque étude a été effectuée selon la taille de l'échantillon et l'intervalle de confiance. Plus la taille de l'échantillon est grande et plus l'intervalle de confiance est petit, plus l'étude se voit accorder un poids élevé en raison des résultats qui tendent à être plus précis (Ellis, 2010; St-Amand & Saint-Jacques, 2013). Ensuite, la méthode de *Pooling* a été appliquée. Cette méthode consiste à mettre en commun les tailles d'effet pondérées de l'ensemble des études sélectionnées afin de vérifier l'efficacité générale des 13 interventions répertoriées dans les études (taille d'effet global). Ce résultat permet de répondre à la première question de recherche, soit de vérifier l'efficacité générale des interventions offertes aux mères dépressives sur le développement de la sécurité d'attachement des jeunes enfants.

Des analyses à effets fixes ou à effets aléatoires peuvent être réalisées dans le cadre d'une méta-analyse selon les caractéristiques des données présentes dans les études. On priviliege l'utilisation des tests à effets fixes lorsque les données des études sont homogènes (Boreinstein, Hegdes, Higgins, & Rothstein, 2009) alors qu'on préconise les tests à effets aléatoires en présence de données hétérogènes (Boreinstein, Hegdes, Higgins, & Rothstein, 2009). Bien que les études sélectionnées présentent les mêmes variables, les chances que celles-ci soient en tout point similaires sont peu probables. En effet, la variabilité dans les stratégies d'intervention, le contexte d'implantation, la cible d'intervention ainsi que la méthode utilisée ont orienté le choix d'opter pour des analyses à effets aléatoires.

Ensuite, un calcul d'hétérogénéité utilisant la statistique  $Q$ , mesure standardisée permettant d'évaluer si les tailles d'effet de chacune des études diffèrent statistiquement, a été fait. Lorsque le calcul souligne la présence d'une hétérogénéité significative entre les résultats, la présence de variables modératrices doit être considérée dans les analyses (Jonhson, Mullen, & Salas, 1995). Ces variables nécessitent une investigation plus approfondie pour explorer les variations entre les études. En présence de variables continues, des méta-régressions sont utilisées pour évaluer les effets de celles-ci sur les tailles d'effet.

La présence de biais de publication, plus grande menace à la validité des méta-analyses, a été vérifiée. Ce biais renvoie au fait que les études présentant des résultats

positifs et significatifs sont plus susceptibles d'être publiées que les études dont les résultats sont négatifs ou non statistiquement significatifs (Dickersin, Min, & Meinert, 1992). Pour pallier ce biais et assurer la représentativité, la méthode *Trim and Fill* (Boreinstein, Hegdes, Higgins, & Rothstein, 2009; Duval & Tweedie, 2000) a été utilisée.

## Résultats

Les tailles d'effet propres à chacune des études sont répertoriées dans le tableau 1.

***Les interventions offertes aux mères dépressives sont-elles efficaces pour favoriser la sécurité d'attachement durant la petite enfance?***

Les analyses d'effets aléatoires pour les 13 interventions confondues montrent une taille d'effet faible de  $d = 0,23$ , non significative (95 % IC : -0,058 à 0,513;  $p = 0,118$ ) (tableau 3). Les résultats ne permettent donc pas de tirer de conclusion sur l'efficacité globale des interventions. Néanmoins, la présence d'une valeur  $Q$  significative ( $Q = 49,935$ ,  $df = 12$ ,  $p = 0,000$ ) nous encourage à poursuivre les analyses pour explorer l'influence des variables modératrices sur l'efficacité des interventions (tableau 4 et 5), notamment sur la stratégie d'intervention.

***Y a-t-il une différence d'efficacité selon les stratégies d'intervention pour accroître la sécurité d'attachement de l'enfant durant la petite enfance?***

La répartition des 11 études selon les stratégies d'intervention ( $k = 13$ ) se fait comme suit : six interventions visent l'adaptation et le soutien maternel ( $k = 6$ ,  $n = 383$ ) et sept ciblent les interactions dyadiques ( $k = 7$ ,  $n = 414$ ) (tableau 3). Les interventions ciblant les interactions dyadiques mère-enfant montrent une taille d'effet faible de  $d = 0,46$ , mais significative (95 % IC : 0,149 à 0,768;  $p = 0,004$ ) alors que les interventions visant l'adaptation et le soutien maternel obtiennent un résultat non significatif  $d = -0,05$  (95 %

IC : -0,411 à 0,312;  $p = 0,787$ ). Les analyses d'effets aléatoires démontrent qu'il existe une différence statistiquement significative entre les deux stratégies ( $Q = 4,376$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,036$ ), où il est possible d'affirmer que les interventions ciblant les interactions dyadiques mère-enfant se montrent plus efficaces que les interventions ciblant l'adaptation et le soutien de la mère.

Tableau 3

*Efficacité globale et selon les stratégies d'intervention offertes aux mères dépressives pour accroître la sécurité d'attachement chez les enfants de la petite enfance*

Modérateur d'efficacité	<i>k</i>	<i>n</i>	<i>d</i>	95% IC	<i>Q'</i>
Toutes les études	13	797	0,23	-0,06 0,51	49,94*
<b>Stratégies d'intervention</b>					
Adaptation et soutien maternel	6	383	-0,05	-0,41 0,31	4,38**
Interactions dyadiques mère-enfant	7	414	0,46**	0,15 0,77	

*Note.*  $K$  = nombre d'intervention;  $n$  = taille de l'échantillon;  $d$  = taille d'effet; IC = intervalle de confiance

\* $p < 0,0001$

\*\* $p < 0,05$

*L'efficacité des interventions peut-elle être influencée par les caractéristiques de l'intervention (nombre de rencontres et durée de l'intervention)?*

Pour chacune des variables entourant les caractéristiques de l'intervention, deux analyses ont été faites selon le type de variable (continue ou catégorielle), soit des analyses d'effets aléatoires (catégorielle) (tableau 4) et des méta-régressions (continue) (tableau 5). Lorsque 16 rencontres et moins ( $k = 9, n = 523$ ) sont proposées aux mères, une taille d'effet faible non significative est obtenue, où  $d = 0,01$  (95 % IC : -0,243 à 0,260;  $p = 0,948$ ). Une taille d'effet moyenne statistiquement significative ( $d = 0,77$ , 95 % IC : 0,381 à 1,152;  $p = 0,000$ ) est obtenue lorsque 16 rencontres et plus sont offertes ( $k = 4, n = 274$ ). Plus le nombre de rencontres est élevé, plus les effets seront importants, ce qui se vérifie avec la méta-régression et l'inclinaison de la pente de 0,0259 ( $p = 0,000$ ).

En ce qui concerne la durée des interventions, les résultats concordent avec les résultats précédents où la relation entre l'efficacité et la durée est significativement positive. Lorsqu'une intervention est d'une durée inférieure à six mois ( $k = 8, n = 470$ ), les analyses d'effets aléatoires démontrent l'absence d'effet, où  $d = -0,005$  (95 % IC : -0,284 à 0,273;  $p = 0,970$ ). Au contraire, lorsqu'une intervention s'étend sur six mois et plus ( $k = 5, n = 327$ ), les analyses montrent une taille d'effet moyenne et significative de  $d = 0,631$  (95 % IC : 0,236 à 1,027;  $p = 0,002$ ). Plus la durée d'une intervention est longue, plus celle-ci aura des effets positifs sur l'attachement (inclinaison de la pente = 0,0769,  $p = 0,000$ ).

***L'efficacité des interventions peut-elle être modérée par le sexe et l'âge de l'enfant?***

Concernant le sexe de l'enfant, une relation positive significative est présente (inclinaison de la pente = 0,0315,  $p = 0,01958$ ) signifiant que l'efficacité de l'intervention pour accroître la sécurité d'attachement est supérieure chez les garçons que chez les filles. La relation entre l'âge de l'enfant au début du processus et l'efficacité est également positive et significative (inclinaison de la pente = 0,0206,  $p = 0,01746$ ), indiquant que les enfants plus âgés bénéficient davantage de l'intervention. Lorsque les tailles d'effet sont calculées avec des analyses d'effets aléatoires selon deux catégories, soit 12 mois et moins ( $k = 8, n = 503$ ) et 12 mois et plus ( $k = 5, n = 294$ ), les résultats obtenus sont respectivement  $d = 0,063$  (95 % IC : -0,232 à 0,358;  $p = 0,675$ ) et  $d = 0,479$  (95 % IC : 0,008 à 0,950;  $p = 0,046$ ). De plus, l'âge de l'enfant à la prise de mesure en post-intervention n'est pas associé de façon significative à l'efficacité des interventions.

***Y a-t-il une différence d'efficacité selon le type de dépression vécue par les mères?***

La taille d'effet pour la dépression postpartum n'est pas statistiquement significative ( $d = -0,105$ , 95 % IC : -0,520 à 0,309;  $p = 0,619$ ) alors que pour la dépression générale, une taille d'effet faible et significative est calculée avec  $d = 0,407$  (95 % IC : 0,109 à 0,706;  $p = 0,007$ ). Les analyses d'effets aléatoires permettent donc d'affirmer que la dépression générale ( $k = 9, n = 510$ ) répond mieux à l'intervention pour accroître la sécurité d'attachement que la dépression postpartum ( $k = 4, n = 297$ ).

***L'efficacité des interventions peut-elle être modérée par l'outil d'évaluation de la sécurité d'attachement?***

L'hétérogénéité des résultats ( $Q = 0,702$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,402$ ) ne permet pas la comparaison des deux outils. Toutefois, l'utilisation de la Situation Étrangère (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) comme outil d'évaluation de la sécurité d'attachement mène à une taille d'effet faible et significative  $d = 0,321$  (95 % IC : 0,020 à 0,622;  $p = 0,036$ ). L'ASQ (Waters, 1995; Waters & Deane, 1985) montre une taille d'effet non significative de  $d = 0,039$  (95 % IC : -0,549 à 0,627;  $p = 0,0897$ ).

***Le temps écoulé entre la fin de l'intervention et la prise de mesure post-intervention vient-il modérer l'efficacité de l'intervention?***

Une relation négative significative est présente (inclinaison de la pente = -0,0436,  $p = 0,00001$ ) stipulant que plus la mesure est prise rapidement après la fin de l'intervention, plus l'intervention se montre efficace sur le développement de la sécurité d'attachement. Ce résultat amène un questionnement quant au maintien des acquis à long terme.

Pour les autres variables modératrices étudiées, aucun effet significatif n'a été détecté : l'âge des mères (30 ans et moins ou 30 ans et plus), l'intensité des symptômes (faible à modérée ou modérée à sévère), le type de devis (expérimental ou quasi expérimental), l'année de publication et le pays de l'étude (Europe ou Amérique).

### Biais de publication

La méthode *Trim and Fill* (Duval & Tweedie, 2000) révèle l'absence de biais de publication. En ce sens, la taille d'effet reste égale à celle trouvée dans les analyses d'effets aléatoires précédemment. Le diagramme (figure 2) illustre la répartition des études incluses dans la présente recherche.

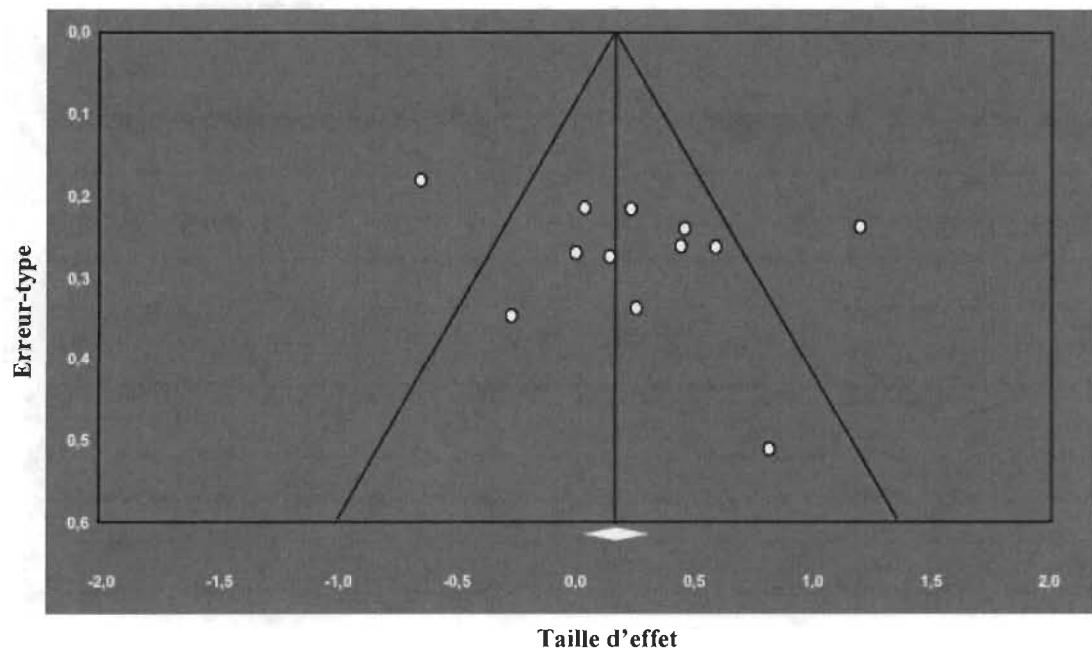


Figure 2. Répartition des études incluses dans la méta-analyse selon leur taille d'effet respective.

Tableau 4

*Variables (catégorielles) qui viennent modérer l'efficacité des interventions offertes aux mères dépressives pour accroître la sécurité d'attachement chez les enfants de la petite enfance*

Modérateurs	<i>k</i>	<i>n</i>	<i>d</i>	95 % IC	<i>Q'</i>
Toutes les études	13	797	0,23	-0,058 0,513	49,935*
Nombre de rencontres					
16 et moins	9	523	0,01	-0,243 0,260	10,417*
16 et plus	4	274	0,77*	0,381 1,152	
Durée (mois)					
6 et moins	8	470	-0,01	-0,284 0,273	6,655**
6 et plus	5	327	0,63**	0,236 1,027	
Devis de recherche					
Expérimental	9	628	0,20	-0,157 0,551	0,172
Quasi expérimental	4	169	0,32	-0,126 0,760	
Pays de publication					
Amérique du Nord	7	385	0,32	-0,261 0,901	0,307
Europe	6	412	0,15	-0,041 0,335	

*Note.* *K* = nombre d'intervention; *n* = taille de l'échantillon; *d* = taille d'effet; IC = intervalle de confiance

\* *p* < 0,001

\*\* *p* < 0,01

\*\*\* *p* < 0,05

Tableau 4

*Variables (catégorielles) qui viennent modérer l'efficacité des interventions offertes aux mères dépressives pour accroître la sécurité d'attachement chez les enfants de la petite enfance*

Modérateurs	<i>k</i>	<i>n</i>	<i>d</i>	95 % IC		<i>Q'</i>
<b>Outil d'évaluation utilisé</b>						
ASS	9	489	0,32***	0,020	0,622	0,702
ASQ	4	308	0,04	-0,549	0,627	
<b>Âge des mères (année)</b>						
30 et moins	5	259	0,11	-0,103	0,330	0,351
30 et plus	8	538	0,27	-0,196	0,732	
<b>Âge des enfants (mois)</b>						
12 et moins	8	503	0,06	-0,232	0,358	2,151
12 et plus	5	294	0,48***	0,008	0,950	
<b>Intensité de la dépression</b>						
Faible à modérée	4	165	0,04	-0,258	0,335	1,241
Modérée à sévère	9	632	0,31	-0,070	0,698	
<b>Type de dépression</b>						
Générale	9	510	0,41	0,109	0,706	3,869***
Postpartum	4	287	-0,11	-0,520	0,309	

*Note.* *K* = nombre d'intervention; *n* = taille de l'échantillon; *d* = taille d'effet; IC = intervalle de confiance

\* *p* < 0,001

\*\* *p* < 0,01

\*\*\* *p* < 0,05

Tableau 5

*Variables (continues) qui viennent modérer l'efficacité des interventions offertes aux mères dépressives pour accroître la sécurité d'attachement chez les enfants de la petite enfance*

Modérateurs	Pente	p
<b>Caractéristiques des interventions</b>		
Nombre de rencontres	0,02585	0,000***
Durée de l'intervention	0,07694	0,000***
Date de publication	-0,02019	0,13629
<b>Caractéristiques de l'échantillon</b>		
Âge des mères	0,02658	0,38943
% de garçons	0,03150	0,01958
Âge de l'enfant en début d'intervention	0,02060	0,01746
Âge de l'enfant à la prise de mesure	0,00862	0,30907
<b>Temps écoulé entre la fin de l'intervention et la prise de mesure</b>		
	-0,04360	0,00001***

\*  $p < 0.001$

\*\*  $p < 0.01$

\*\*\*  $p < 0.05$

## **Discussion**

Cette section sera consacrée à l'interprétation des résultats précédemment énumérés, aux forces et aux limites de cette méta-analyse, aux diverses retombées scientifiques et cliniques de même qu'aux directions futures que pourraient prendre les études portant sur la dépression maternelle et la sécurité d'attachement.

### **Interprétation des résultats**

L'objectif de la présente méta-analyse était de déterminer l'efficacité des interventions offertes aux mères ayant des symptômes dépressifs sur la sécurité d'attachement des enfants 0-5 ans. Les analyses ne permettent pas de statuer sur l'efficacité de l'ensemble des interventions, mais permettent toutefois de le faire sur une stratégie d'intervention plus spécifique en lien avec la cible travaillée par les intervenants.

Bien que les résultats généraux ne soient pas concluants, il était important de poursuivre les analyses considérant la variation importante entre les résultats rapportés par les différentes études. Effectivement, des résultats pouvaient être très prometteurs alors que d'autres pouvaient être plus pessimistes. À titre d'exemple, l'étude de Toth et de ses collaborateurs (2006) met de l'avant une taille d'effet très appréciable et significative *de d = 1,20*, soulignant les bénéfices de l'intervention pour accroître la

sécurité d'attachement d'un enfant. Cette étude propose une psychothérapie (*Toddler-Parent Psychotherapy*) visant à optimiser la qualité de la relation que la mère entretient avec son enfant. Lors des séances, la mère et l'enfant sont présents simultanément, où le thérapeute fait part de ses observations concernant les interactions dyadiques mère-enfant. La mère est alors appelée à modifier les perceptions erronées qu'elle entretient à l'égard de son enfant et de sa relation, ainsi qu'à internaliser de nouvelles expériences positives. Cette étude se démarque notamment par le nombre de rencontres élevé (45 rencontres), la longue durée d'intervention (14 mois), la présence d'une population cliniquement dépressive ainsi que par un échantillonnage assez important ( $n = 100$ ) considérant le type de population vulnérable à laquelle s'adresse l'intervention. Néanmoins, ce résultat prometteur n'est pas représentatif de toutes les études. En effet, ayant une cible d'intervention différente, l'étude de Forman et de ses comparses (2007) offre une psychothérapie interpersonnelle aux mères. Les résultats démontrent l'absence d'efficacité de l'intervention sur la sécurité d'attachement de l'enfant avec une taille d'effet négative statistiquement significative de  $d = -0,67$ . Ce sont ces variations dans les résultats qui ont conduit à tester plusieurs modérateurs dans les analyses, dont la cible d'intervention.

Le premier modérateur considéré était la cible d'intervention privilégiée par les chercheurs. Pour ce faire, les programmes d'intervention ont été répartis en deux catégories selon leur stratégie d'intervention, soit celle visant les interactions dyadiques mère-enfant ( $k = 7$ ) et celle misant sur l'adaptation et le soutien maternel ( $k = 6$ ). La

première stratégie (interactions dyadiques mère-enfant) montre une efficacité significative modérée ( $d = 0,46$ ) alors que la seconde stratégie (adaptation et soutien maternel) semble non efficace pour améliorer l'attachement sécurisé des enfants de ces mères ( $d = -0,05$ ). Les résultats permettent une comparaison entre les deux stratégies. Ainsi, il est possible de conclure que les interventions portant sur les interactions dyadiques entre la mère et son enfant se montrent significativement plus efficaces pour accroître la sécurité d'attachement chez les jeunes enfants ( $d = 0,46$ ,  $p < 0,05$ ) que les interventions qui se centrent sur les besoins personnels de la mère ( $d = -0,05$ ,  $p > 0,05$ ).

Ces résultats démontrent l'importance de travailler les comportements maternels proximaux à l'enfant au bénéfice de celui-ci. Ces résultats appuient d'autres études antérieures mentionnant que les comportements maternels, notamment la sensibilité maternelle, jouent un rôle déterminant pour le développement de la sécurité d'attachement (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003; Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2005; Baudry, Tarabulsky, Pearson, & Roy, 2015; Facompré, Bernard, & Waters, 2017). Dans le même sens, une méta-analyse portant sur la sécurité d'attachement soutient que les interventions qui privilégient une approche directe à la relation, notamment par l'amélioration de cette sensibilité maternelle chez les familles à risque, produisent une efficacité supérieure à celles ciblant une approche indirecte, soit celles portant sur les facteurs de risque qui interfèrent avec la relation mère-enfant, tels que la présence de problème de santé mentale (Létourneau et al., 2015). Ainsi, des interventions préventives portant sur les aspects relationnels entre

l'enfant et sa mère seraient une avenue prometteuse pour limiter les effets pervers de la dépression sur le développement de l'enfant.

Plusieurs autres variables modératrices ont fait l'objet d'étude dans cette méta-analyse, permettant de faire ressortir plusieurs constats : (1) les interventions plus longues démontrent une efficacité supérieure à celles portant sur une courte durée; (2) les interventions offrant un nombre supérieur de rencontres sont plus efficaces pour promouvoir la sécurité d'attachement mère-enfant; (3) les garçons de mères dépressives répondent mieux à l'intervention en ce qui concerne la sécurité d'attachement que les filles; (4) les enfants plus âgés bénéficient davantage de l'intervention; (5) les mères souffrant de dépression générale, contrairement à la dépression postpartum, répondent mieux à l'intervention pour favoriser le développement de la sécurité d'attachement; (6) seule la Situation Étrangère comme outil d'évaluation montre un résultat statistiquement significatif et (7) plus la mesure est prise rapidement suivant la fin de l'intervention, plus celle-ci tend à rapporter des effets bénéfiques sur le développement de la sécurité d'attachement. Il est à noter qu'en raison du nombre restreint d'études, l'interprétation de ces résultats se doit d'être nuancée.

**Caractéristiques de l'intervention.** Plus spécifiquement, concernant la durée de l'intervention et le nombre de rencontres, les résultats s'opposent étonnamment aux résultats avancés dans la méta-analyse de Bakermans-Kranenburg et ses collaborateurs (2003). Effectivement, celle-ci met de l'avant que les interventions les plus bénéfiques

pour améliorer le développement de la sécurité d'attachement sont celles qui offrent un nombre de rencontres inférieur à cinq alors que les présents résultats sont plus en faveur d'un nombre de rencontres supérieur à 16. Cette distinction pourrait s'expliquer par les caractéristiques spécifiques de cette recherche, soit la présence d'une population de mères ayant des symptômes dépressifs, ne répondant donc probablement pas de la même façon à l'intervention. En effet, il est possible de penser que ces mères nécessitent un temps supérieur pour s'engager et s'impliquer dans le processus d'intervention en raison de leurs symptômes dépressifs tels que le faible engagement, la perte d'intérêt ainsi que le manque de confiance, nécessitant ainsi plus de temps pour se sentir mieux. D'ailleurs, le taux élevé d'abandons (11 à 55 %) dans les études répertoriées démontre la difficulté des mères à s'engager dans l'intervention.

**Âge de l'enfant.** L'âge de l'enfant au moment de l'évaluation a un impact sur l'efficacité rapportée avec des résultats qui privilégient les enfants plus vieux (12 mois et plus). D'autres études démontrent une conclusion similaire, où les enfants plus vieux semblent bénéficier davantage des interventions (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003; Facombré, Barnard, & Waters, 2017). Il serait possible de penser qu'en présence d'enfants plus vieux, les mères ont davantage d'opportunités pour mettre en pratique et intégrer leurs nouvelles compétences acquises lors de l'intervention (Facombré, Barnard, & Waters, 2017). Une raison supplémentaire pouvant expliquer ce résultat pourrait être que plus les enfants tendent vers cinq ans, plus leurs processus cognitifs se développent (Siegel, 2001) et meilleures sont leurs capacités de répondre

aux changements de l'environnement (Belsky, 1997, 2005). Enfin, il serait plausible de croire que l'influence de la mère dans la relation d'attachement tend à diminuer à mesure que l'enfant grandit. L'enfant pourrait alors être influencé de manière positive par ses relations significatives outre celle qu'il entretient avec sa figure maternelle (Madigan, Brumariu, Villani, Atkinson, & Lyons-Ruth, 2016).

**Genre de l'enfant.** Le genre de l'enfant exerce également une influence sur la taille d'effet pour statuer sur l'efficacité des interventions. Effectivement, les enfants de sexe masculin bénéficient davantage de l'intervention. La littérature actuelle met de l'avant des résultats variables. Alors que la méta-analyse de van Izendoorn, Shuengel et Bakermans-Kranenburg (1999) démontre l'absence d'association entre le sexe de l'enfant et l'attachement désorganisé, l'étude de Carlson et ses collaborateurs (1989) démontre que les garçons sont plus assujettis à être associés au groupe désorganisé. À la lumière de ces résultats, il aurait été attendu d'avoir des résultats en faveur des enfants de sexe féminin. Or, ce résultat contradictoire pourrait s'expliquer par la présence de la dépression chez les mères. En effet, les filles sont plus sensibles au contexte stressant entourant la dépression maternelle (Goodman et al., 2011; Hammen, 2002; Sheeber, Betsy, & Hops, 2002) et par le fait même, plus à risque de développer les impacts associés à la dépression maternelle (Goodman et al., 2011). Il serait alors possible de croire que les filles nécessitent une intervention d'intensité supérieure aux garçons.

Qui plus est, les mères dépressives démontrent des comportements et des attitudes qui diffèrent en fonction du sexe de l'enfant. Par exemple, les mères tendent à utiliser un profil plus intrusif à l'égard des enfants de sexe masculin (Radke-Yarrow et al., 1995; Weinberg, 1996), ce qui laisse penser que les interventions agissent peut-être davantage sur ce type de comportements, favorisant alors l'augmentation de la sécurité d'attachement chez les garçons. De plus amples recherches sont toutefois nécessaires pour valider ce type d'hypothèse.

**Type de dépression.** Une distinction quant à l'efficacité des interventions est remarquée lorsque l'on s'intéresse aux types de dépression dont souffrent les mères. Il importe néanmoins de mentionner que ce résultat doit être interprété avec précaution étant donné qu'il repose sur quatre interventions, provenant de deux études uniquement ( $n = 287$ ) (Forman et al., 2007; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003). Le résultat indique que les enfants dont les mères souffrent de dépression générale bénéficient davantage de l'intervention que celles présentant une dépression postpartum. Des études mettent en évidence que les mères qui souffrent d'une dépression postpartum ont non seulement des symptômes plus sévères que celles vivant une dépression non reliée à la période postpartum, mais sont également plus assujetties à une comorbidité (O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990; Vesga-Lopez et al., 2008), raison qui pourrait expliquer le manque d'efficacité des interventions auprès de cette clientèle.

**Outils d'évaluation de l'attachement.** Bien que les deux outils d'évaluation utilisés avec l'enfant pour évaluer l'attachement ne puissent être comparés, il semble que la *Situation Étrangère* (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) soit l'instrument qui possède une meilleure sensibilité pour rapporter les changements. Cela pourrait être expliqué par l'interprétation des résultats, où celle-ci permet une classification des types d'attachement dans quatre catégories bien distinctes (sûre, évitant, ambivalent, désorganisé), ce que l'*ASQ* ne permet pas. En effet, l'*ASQ* (Waters, 1995; Waters & Deane, 1985) situe l'enfant sur un continuum allant de sûre à insûre. Ce résultat pourrait également être influencé par la taille de l'échantillon qui est largement supérieur dans l'utilisation de la Situation Étrangère ( $n = 489, k = 9$ ) comparativement à l'*ASQ* ( $n = 308, k = 4$ ). Cette différence au niveau de l'échantillonnage fait en sorte que la puissance statistique pourrait être favorable pour la *Situation Étrangère*.

**Mesure post-intervention.** Le temps écoulé entre la fin de l'intervention et la prise de mesure post-intervention influence également les résultats et peuvent changer l'efficacité rapportée des interventions. Plus la mesure est prise rapidement à la fin de l'intervention, plus celle-ci se révèle être bénéfique pour la sécurité d'attachement. Ce résultat suggère que les acquis suivant l'intervention pourraient avoir de la difficulté à se maintenir à travers le temps. Plus questionnant, les mesures suivant la fin de l'intervention pour toutes les études répertoriées dans la méta-analyse s'étendent uniquement sur une durée maximale de 18 mois. Ce résultat démontre que le maintien des effets de l'intervention ne semble pas être évalué par les chercheurs et ne permet

donc pas de tirer de conclusion en faveur ou défaveur du maintien des acquis même si une tendance défavorable semble présente. Il serait alors pertinent de s'y intéresser, considérant les résultats obtenus par la présente étude.

### **Forces et limites de l'étude**

Cette méta-analyse présente un ensemble de forces à prendre en considération. Premièrement, l'ensemble des études ayant été sélectionnées a fait l'objet d'une révision par les pairs, ce qui assure la qualité de sa méthodologie. Deuxièmement, la précision des critères d'inclusion de la recherche, notamment de cibler des groupes d'âge spécifiques pour les enfants et les mères, a permis d'obtenir des études ayant une similarité suffisante. Effectivement, une critique commune à l'endroit de la méta-analyse met de l'avant la comparaison d'études trop hétérogènes, notamment en termes de méthodologies et de populations (Borenstein, Hegdes, Higgins, & Rothstein, 2009). Troisièmement, la variabilité des résultats rapportés dans les études de cette méta-analyse a permis de s'intéresser à plusieurs modérateurs, permettant ainsi de discerner l'influence respective de certaines composantes sur l'efficacité des interventions.

Finalement, le fait de regrouper plusieurs études ( $k = 11$ ) ensemble a permis d'obtenir un échantillon total considérable ( $n = 797$ ) si l'on se réfère à ce type de recherche qui inclus habituellement de petits échantillons en raison des nombreux défis. En effet, ces types d'intervention sollicitent généralement des ressources monétaires et humaines

importantes pour accompagner les familles (par exemple, formation des intervenants). L'importance de l'échantillon permet alors d'accroître la puissance statistique dans les analyses. Bien que les résultats ne soient pas concluants sur l'efficacité globale des interventions, ils ont permis de statuer avec assurance sur la pertinence d'offrir certaines stratégies d'intervention au détriment de d'autres.

Bien que la méta-analyse soit très pertinente pour l'avancement des connaissances dans un domaine précis, elle présente également certaines limites. L'interprétation de l'ensemble de ces résultats doit donc être prudente pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'analyse de certaines variables modératrices (le nombre de rencontres, le devis de recherche, le type et l'intensité de la dépression ainsi que l'outil d'évaluation utilisé) repose uniquement sur quatre interventions ( $k = 4$ ) pour calculer la taille d'effet. Cela fait en sorte que la taille de l'échantillon est moindre. Ensuite, il a été présumé qu'un pourcentage équivalent de filles et de garçons représentait les échantillons dans l'étude de Murray et ses collègues (2003) ainsi que dans l'étude de Forman et ses collaborateurs (2007). Or, il se pourrait que ce nombre ne soit pas le reflet réel de l'échantillon des études.

De plus, cette présente étude se limite uniquement à la sécurité d'attachement alors que plusieurs études mettent de l'avant une multitude de conséquences liées à la dépression maternelle, notamment au niveau comportemental (Conroy et al., 2012; Goodman et al., 2011; Murray, Halligan, & Cooper, 2010). Il serait alors opportun de

reproduire ces résultats avec une autre méta-analyse dans le but de valider l'efficience des interventions offertes aux mères dépressives sur cette sphère développementale.

Enfin, les directives propres à chaque étude pourraient également avoir influencé les résultats. Dans certaines études, il était permis aux mères dépressives d'avoir recours à des services externes (Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996; Toth, Rogosch, Manly, & Cicchetti, 2006) ou à la prise d'une médication conjointement à l'intervention (Gelfand, Teti, Seiner, & Jameson, 1996). Plus particulièrement, ces études se retrouvent dans la stratégie d'intervention entourant les interactions dyadiques mère-enfant, ce qui pourrait avoir joué un rôle en faveur de l'efficacité de ces interventions.

### **Retombées scientifiques et cliniques**

Comme mentionné précédemment, la dépression maternelle est caractérisée par un taux de prévalence et de récurrence préoccupant dans les pays occidentaux. Or, vu les multiples conséquences néfastes pour le développement de l'enfant, il est important d'intervenir le plus rapidement possible afin d'éviter les difficultés d'adaptation ultérieures chez l'enfant. Pour ce faire, il importe de savoir quelles sont les pratiques à privilégier en raison de leur efficacité sur le plan clinique. Ainsi, les résultats de la présente méta-analyse mettent de l'avant l'importance de ne pas seulement se limiter aux difficultés personnelles de la mère, mais bien de miser sur les interactions dyadiques mère-enfant. De plus, cette méta-analyse contribue également à l'avancement

scientifique. Bien que les résultats ne soient pas concluants concernant l'efficacité générale, il a été possible de dresser un bilan sur les connaissances actuelles ainsi que sur un ensemble de variables modératrices pouvant changer positivement l'efficacité des interventions.

### **Directions futures**

Afin d'obtenir un résultat significatif pour valider l'efficacité générale des interventions, il serait pertinent de refaire une telle recherche en y incluant des critères moins sélectifs. Par exemple, la méta-analyse pourrait s'intéresser de manière plus générale au développement social affectif de l'enfant. Ainsi, la méta-analyse pourrait alors inclure, par exemple, la codification des interactions lors d'une séquence vidéo, tel que le permet le Face-To-Face Still-Face (FFSF) (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978). Ainsi, le nombre d'études serait supérieur, ce qui aurait pour effet d'accroître l'échantillon total et d'augmenter la puissance statistique. En ce sens, plusieurs études (Ammaniti et al., 2006, Jung, Short, Létourneau, & Andrews, 2007; Onzawa, Glover, Adams, Modi, & Kumar, 2001) auraient pu être incluses, permettant alors de valider l'efficacité des interventions sur le développement social affectif général des enfants de mères dépressives.

Par ailleurs, le rôle du père au sein d'une famille est tout aussi important que celui de la figure maternelle. Or, aucune des études sélectionnées ne s'est intéressée à ce rôle

paternel en présence d'une dépression maternelle dans la famille. Il serait alors pertinent, dans une autre recherche, d'évaluer si la présence du père peut être considérée comme une variable modératrice afin d'accroître l'efficacité des interventions au niveau de la sécurité d'attachement chez les enfants d'âge précoce. Toutefois, à la lumière de cette recension systématique des écrits, il a été constaté que la présence du père ne soit pas étudiée dans un nombre significatif d'études.

## **Conclusion**

La petite enfance étant une période déterminante pour le développement optimal de l'enfant, il importe d'agir le plus rapidement possible en mettant en place de la prévention et des interventions efficientes auprès des clientèles vulnérables comme les enfants ayant des mères souffrant d'une dépression. Le fait que les difficultés entourant la relation dyadique mère-enfant peuvent persister même après une rémission des symptômes dépressifs (Murray, 1992) souligne la pertinence d'agir en prévention. Qui plus est, les effets négatifs liés à la dépression maternelle sont plus substantiels et durables pour l'enfant pendant la période 0-5 ans, notamment en ce qui concerne le lien d'attachement entre la mère et l'enfant (Dennis & Dowswell, 2013; O'Hara, 1997). C'est donc pour ces raisons que la présente méta-analyse a été proposée.

Il importe alors dans le domaine social, notamment en psychoéducation, d'être conscientisé sur les objectifs d'intervention à privilégier pour soutenir ces familles vulnérables, que ce soit de manière préventive ou curative. De par cette méta-analyse, bien que le résultat entourant l'efficacité générale ne soit pas concluant ( $d = 0,29$ ,  $p > 0,05$ ), il est possible d'affirmer que les interventions ciblant les interactions dyadiques entre la mère et son enfant, notamment par l'amélioration de la sensibilité maternelle, se démarquent par leur efficacité ( $d = 0,46$ ,  $k = 7$ ,  $p < 0,05$ ) comparativement aux interventions qui axent sur l'adaptation et le soutien maternel des mères dépressives ( $d = -0,05$ ,  $k = 6$ ,  $p > 0,05$ ). Cette méta-analyse vient alors appuyer plusieurs études qui

veulent que les interactions dyadiques mère-enfant soient au cœur du lien d'attachement et même plus largement, une pierre d'assise pour favoriser le développement optimal chez les jeunes enfants.

Il est également possible de croire que les résultats avancés par cette méta-analyse peuvent s'élargir à une clientèle présentant des facteurs de risque similaires tels que la diminution marquée de la sensibilité maternelle. D'autres analyses seraient alors pertinentes pour valider la généralisation de ces résultats à d'autres populations par exemple, aux mères adolescentes dépressives ou aux mères souffrant de dépression en comorbidité avec un diagnostic d'anxiété.

## Références

Les références marquées d'un astérisque représentent les études incluses dans la méta-analyse.

- Ainsworth, M., Bell, S., & Stayton, D. (1974). Infant-mother attachment and social development “Socialization” as a product of reciprocal responsiveness to signals. Dans P.M Richards (Éd.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99-135). Cambridge University Press, Cambridge.
- Ainsworth, M. D. S., Bleher, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F., & Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother-infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 70-90. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20081>
- Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R., & Morris, J. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of Paediatrics And Child Health*, 35(3), 237-244.
- Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R., & Morris, J. (2000). Promoting secure attachment, maternal mood and child health in a vulnerable population: a randomized controlled trial. *Journal of Paediatrics And Child Health*, 36(6), 555-562.
- Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C. H., & Guger, S. (2000). Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates.

- Clinical Psychology Review*, 20(8), 1019-1040. [http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358\(99\)00023-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00023-9)
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: a sensitive period? *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 49(7), 699-707. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2010.03.012>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195-215. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-Analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 191-216. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20046>
- Bar-Haim, Y., Sutton, D. B., Fox, N. A., & Marvin, R. S. (2000). Stability and change of attachment at 14, 24, and 58 months of age: Behavior, representation, and life events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(3), 381-388. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00622>
- Basraon, S., & Costantine, M. M. (2011). Mood disorders in pregnant women with thyroid dysfunction. *Clinical Obstetrics Gynecology*, 54(3), 506-514. doi: 10.1097/GRF.0b013e3182273089.
- Baudry, C., Tarabulsy, G. M., Pearson, J., & Roy, F. (2015). Étude de la fonction médiatrice des comportements maternels dans les programmes d'interventions visant à améliorer le développement socio-affectif et cognitif de l'enfant. *Revue de Psychoéducation*, 44 (1), 143-160.
- Baudry, C., Tarabulsy, G. M., Atkinson, L., Pearson, J., & St-Pierre, A. (2016). Intervention with adolescent mother-child dyads and cognitive development in early childhood : A meta-analytic study. *Prevention Sciences*, 18(1), 116-130. doi: 10.1007/s11121-016-0731-7

- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1978a). *Depression : Causes and Treatment*. Philadelphia, PA : University of Pennsylviania.
- Beck, A. T. (1978b). *Beck Depression Inventory*. Philadelphia, PA : Centre for Cognitive Therapy.
- Beck, C. T. (1992). The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nursing Research*, 41(3), 166-170.
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nursing Research*, 44(5), 298-304.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T. A., Lewis, V., Blanchard, H., . . . Goldman, B. D. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in Early Head Start Latina mothers of infants and toddlers. *Research In Nursing & Health*, 33(1), 60-76. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20363>
- Belsky, J. (1997). Variation in susceptibility to rearing influence: An evolutionary argument. *Psychological Inquiry*, 8, 182–186. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0803\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0803_3)
- Belsky, J. (2005). Differential susceptibility to rearing influence: An evolutionary hypothesis and some evidence. Dans B. Ellis & D. Bjorklund (Éds.), *Origins of the Social Mind: Evolutionary Psychology and Child Development* (pp. 139–163). New York: Guilford

- Benhaïjoub, S., Ladenburger, A., Lighezzolo, J., & de Tychey, C. (2008). Dépression maternelle et prévention: Approche clinique et projective. *L'Évolution Psychiatrique*, 73(2), 331-352. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2008.02.012>
- Bernier, A., Beauchamp, M. H., Carlson, S. M., & Lalonde, G. (2015). A secure base from which to regulate: Attachment security in toddlerhood as a predictor of executive functioning at school entry. *Developmental Psychology*, 51(9), 1177-1189. <http://dx.doi.org/10.1037/dev0000032>
- Berlin, L. (2005). Interventions to enhance early attachments. Dans L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. Greenberg (Éds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention and policy* (pp. 3-33). New York: Guilford Press.
- Borenstein M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2005). Comprehensive meta-analysis (Version 2.0) [logiciel informatique]. Englewood, NJ: Biostat.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester, Royaume-Uni: Wiley.
- Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 605-612. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0931-0>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London : Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 664-678. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment theory and research* (pp. 89-111). New York: Guilford.
- Brummelte, S., & Galea, L. B. (2010). Depression during pregnancy and postpartum : contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34(5), 766-776. doi: 10.1016/j.pnpbp.2009.09.006

- Burke, H. M., Davis, M. C., Otte, C., & Mohr, D. C. (2005). Depression and cortisol responses to psychological stress: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 30(9), 846–856.
- Caldwell, B. M., & Bradley, R. H. (2003). *Home Observation for Measurement of the Environment: Administration Manual*. Tempe, AZ: Family & Human Dynamics Research Institute, Arizona State University.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Development Psychology*, 25, 525-531.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221- 242.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 10(2), 283-300. <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579498001618>
- \* Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (1999). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment & Human Development*, 1(1), 34-66.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>e</sup>éd.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- \* Cohen, N. J., Muir, E., Parker, C. J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R., & Barwick, M. (1999). Watch, wait and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 429-451. [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0355\(199924\)20:4%3C429::aid-imhj5%3E3.0.co;2-q](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1097-0355(199924)20:4%3C429::aid-imhj5%3E3.0.co;2-q)
- \* Cohen, N. J., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R., & Parker, C. J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 23(4), 361-380. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.10023>

- Cohn, J. F., & Tronick. E. Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development, 54*(1), 185-93.
- Cohn, J. F., Matias, R., Tronick, E. Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New Directions For Child Development, 34*, 31-45.
- Cohn, J. F., Campbell, S. B., Matias, R., & Hopkins. J. (1990). Face-to-Face Interactions of Postpartum Depressed and Nondepressed Mother-Infant Pairs at 2 Months. *Developmental Psychology, 26*(1), 15-23.
- Conron, K. J., Beardslee, W., Koenen, K. C., Buka, S. L., & Gortmaker, S. L. (2009). A longitudinal study of maternal depression and child maltreatment in a national sample of families investigated by child protection services. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 163*(10), 922-930.
- Conroy, S., Pariante, C. M., Marks, M. N., Davies, H. A., Farrelly, S., Schacht, R., & Moran, P. (2012). Maternal psychopathology and infant development at 18 months: the impact of maternal personality disorder and depression, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(1), 51-61. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.007.
- Cooper, P. J., Murray, L., Hooper, R., & West, A. (1996). The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine, 26*(3), 627-634.
- Cooper, P. J., Tomlinson, M., Swartz, L., Landman, M., Molteno, C., Stein, A., . . . Murray, L. (2009). Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ, 338*, b974. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b974>
- Cooper, P. J., De Pascalis, L., Woolgar, M., Romaniuk, H., & Murray, L. (2015). Attempting to prevent postnatal depression by targeting the mother–infant relationship: A randomised controlled trial. *Primary Health Care Research and Development, 16*(4), 383-397. <http://dx.doi.org/10.1017/s1463423614000401>

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782 -786.
- Cummings, E. M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Éds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention* (pp. 339-372, xix, 507). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Cummings, E. M., & Davies, P. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 35*, 73-112.
- Cummings E. M., & Kouros C. D. (2009). Maternal depression and its relation to children's development and adjustment. Dans R. E. Tremblay, R. G. Barr, RDeV Peters & M. Boivin (Éds). *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-6). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing, 56*(6), 588-599. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x>
- Dennis, C. L., & Hodnett, E. D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 17*(4), 1-47. doi: 10.1002/14651858.CD006116.pub2
- Dennis, C. L., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42*(5), 389-395. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-007-0172-5>
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2*, 1-206. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Dickersin, K., Min, Y. I., & Meinert, C. L. (1992). Factors influencing publication of research results : Follow-up of applications submitted to two institutional review boards. *JAMA, 267*(3), 374-378.

- Ding, Y. H., Xu, X., Wang, Z. Y., Li, H. R., & Wang, W. P. (2014). The relation of infant attachment to attachment and cognitive and behavioural outcomes in early childhood. *Early Human Development*, 90(9), 459-464. <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.06.004>
- Dix, T., Meunier, L. N., Lusk, K., & Perfect, M. M. (2012). Mothers' depressive symptoms and children's facial emotions: Examining the depression-inhibition hypothesis. *Development and Psychopathology*, 24(1), 195-210. <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579411000770>
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. New York, NY: Cambridge University Press.
- England, M. J., & Sim, L. J. (2009). *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. Washington, DC: National Academies Press.
- Fabes, R. A., Gaertner, B. M., & Popp, T. K. (2006). Getting Along with Others: Social Competence in Early Childhood. Dans K. McCartney & D. Phillips (Éds.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 297-316, xv, 663). Malden: Blackwell Publishing.
- Facompré, C. R., Bernard, K., & Waters, T. E. (2017). Effectiveness of interventions in preventing disorganized attachment: A meta-analysis. *Development And Psychopathology*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579417000426>
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*, 81(2), 435–456.

- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., Zimmerman, E. A., & Kuhn. C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Development*, 59(6), 1569-1579.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology*, 26(1), 7-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.26.1.7>
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, 18(1), 1-13.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 27(2), 200-203. <http://dx.doi.org/10.1006/pmed.1998.0293>
- Field, T. M. (2002). Prenatal effects of maternal depression. Dans S. H. Goodman & I. H. Gotlib (Éds.), *Children of Depressed Parents: Mechanisms of Risk and Implications for Treatment* (pp. 59-88, viii, 351). Washington, DC: American Psychological Association.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., & Diego, M. (2006). Intrusive and withdrawn depressed mothers and their infants. *Developmental Review*, 26(1), 15-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2005.04.001>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- \* Fonagy, P., Sled, M., & Baradon, T. (2016). Randomized controlled trial of parent–infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 97-114. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21553>

\* Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and Psychopathology*, 19(2), 585-602.

Fraley, R. C., Roisman, G. I., & Haltigan, J. D. (2013). The legacy of early experiences in development: Formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. *Developmental Psychology*, 49(1), 109–126. doi:10.1037/a0027852

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106, 1071-1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... Miller, W. C. (2005). Perinatal depression : Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence report/Technology Assessment*, 119,, 1-8.

Gelfand, D. M., & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 329-353. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90065-i](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(90)90065-i)

\* Gelfand, D. M., Teti, D. M., Seiner, S. A., & Jameson, P. B. (1996). Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(4), 406-422. [http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2504\\_6](http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2504_6)

Girard, M. E., Lemelin, J. P., Provost, M. A., & Tarabulsky, G. M. (2013). La sécurité d'attachement durant la deuxième année de vie en tant que facteur prédictif des habiletés sociales en milieu scolaire. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 45(4), 329-340. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026696>

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 14(1), 1-27. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>

- Goodman, J. H., & Liu, C. H. J. (2016). Maternal psychopathology and child attachment. Dans A. Wenzel (Éd.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology* (pp. 284-316, xv, 693). New York, NY: Oxford University Press.
- Gotlib, I. H., & Goodman, S. H. (1999). Children of parents with depression. Dans W. K. Silverman & T. H. Ollendick (Éds.), *Developmental Issues in the Clinical Treatment of Children* (pp. 415-432, xviii, 510). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591-610. doi: 10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x.
- Guedeney, N., & Jeammet, P. (2001). Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique. *Devenir*, 13(3), 51-64. doi:10.3917/dev.013.0051.
- Haga, S. M., Lynne, A., Slanning, K., & Kraft, P. (2012). A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 458-466. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00950.x>
- Hall, L. A., Gurley, D. N., Sachs, B., & Kryscio, R. J. (1991). Psychosocial predictors of maternal depressive symptoms, parenting attitudes, and child behavior in single-parent families. *Nursing Research*, 40(4), 214-220.  
<http://dx.doi.org/10.1097/00006199-199107000-00006>
- Hamilton, M. (1980). Rating depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 41,,21-24.
- Hammen, C. (2002). Context of stress in families of children with depressed parents. Dans S. H. Goodman & I. H. Gotlib (Éds.), *Children of Depressed Parents: Mechanisms of Risk and Implications for Treatment* (pp. 175-202, viii, 351). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hart, S., Field, T., del Valle, C., & Pelaez-Nogueras, M. (1998). Depressed mothers' interactions with their one-year-old infant. *Behavior and Development*, 21(3), 519-525. doi: 10.1016/S0163-6383(98)90024-8

- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 871-889.  
<http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00784>
- Heinicke, C. M., Fineman, N. R., Ruth, G., Recchia, S. L., Guthrie, D., & Rodning, C. (1999). Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 349-374.  
[http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0355\(199924\)20:4%3C349::aid-imhj1%3E3.0.co;2-x](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1097-0355(199924)20:4%3C349::aid-imhj1%3E3.0.co;2-x)
- Heinicke, C. M., Fineman, N. R., Ponce, V. A., & Guthrie, D. (2001). Relation-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the second year of life. *Infant Mental Health Journal*, 22(4), 431-462. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.1010>
- Holub, C. K., Candelaria, J. I., & Laniado-Laborin, R. (2006). Prevention strategies for parents on adolescent smoking: A gap between what they know and what they practice. Dans D. M. Dévore (Éds.), New developments in parent-child relations, (pp. 147-162). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Horowitz, J. A., & Goodman, J. H. (2005). Identifying and treating depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(2), 264–273.
- Johnson, B. T., Mullen, B., & Salas, E. (1995). Comparison of three major meta-analytic approaches. *Journal of Applied Psychology*, 80(1), 94-106.
- Jung, V., Short, R., Letourneau, N., & Andrews, D. (2007). Interventions with depressed mothers and their infants: Modifying interactive behaviours. *Journal of Affective Disorders*, 98(3), 199-205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.014>
- Jutte, D. P., Roos, N. P., Brownell, M. D., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The ripples of adolescent motherhood: Social, educational, and medical outcomes for children of teen and prior teen mothers. *Academic Pediatrics*, 10(5), 293-301.
- \* Kalinauskiene, L., Cekuoliene, D., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Kusakovskaja, I. (2009). Supporting insensitive mothers: the Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote

- maternal sensitivity and infant attachment security. *Child Care Health & Development*, 35(5), 613-623. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00962.x>
- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., van Doesum, K. T. M., Smeekens, S., & Hoefnagels, C. (2012). Early school outcomes for children of postpartum depressed mothers: Comparison with a community sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 201-218. <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-011-0257-y>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2007). Postnatal depression: Prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 91-100. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2006.10.006>
- Letourneau, N., Tryphonopoulos, P., Giesbrecht, G., Dennis, C. L., Bhogal, S., & Watson, B. (2015). Narrative and meta-analytic review of interventions aiming to improve maternal-child attachment security. *Infant Mental Health Journal*, 36(4), 366-387. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21525>
- Liberto, T. L. (2012). Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: An integrated review. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(2), 109-117. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.06.012>
- Logsdon, M. C., Wisner, K., Billings, D. M., & Shanahan, B. (2006). Raising the awareness of primary care providers about postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 59-73. <http://dx.doi.org/10.1080/01612840500312860>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 561-592. [http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358\(98\)00100-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00100-7)

- \* Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61(1), 85-98.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: a meta-analysis. *Developmental Psychology*, 49(4), 672-689. doi: 10.1037/a0028793
- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin*, 142(4), 367-399. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000029>
- Main M., & Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Éds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Malphurs, J. E., Field, T. M., Lorraine, C., Pickens, J., Pelaez-Nogueras, M., Yando, R., & Bendell, D. (1996). Altering withdrawn and intrusive interaction behaviors of depressed mothers. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 152-160. [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0355\(199622\)17:2%3C152::aid-imhj5%3E3.0.co;2-s](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1097-0355(199622)17:2%3C152::aid-imhj5%3E3.0.co;2-s)
- McMahon, C. A., Barnett, B., Kowalenko, N. M., & Tennant, C. C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(7), 660-9.
- Milgrom, J., Westley, D. T., & Gemmill, A. W. (2004). The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behavior & Development*, 27(4), 443-454. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2004.03.003>
- Moffit, T. E., & the E-Risk Study Team. (2002). Teen-aged mothers in contemporary Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 727-742.

- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(3), 543-61.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother–infant interactions and later infant outcomes. *Child Development*, 67(5), 2512-2526.  
<http://dx.doi.org/10.2307/1131637>
- \* Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression 2 Impact on the mother–child relationship and child outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 420-427. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.182.5.420>
- Murray, L., Halligan, S. L., & Cooper, P. J. (2010). Effects of postnatal depression on mother-infant interactions, and child development. Dans T. Wachs & [SEP]G. Bremner (Éds). *Handbook of Infant Development*. Malden, MA : Wiley-Blackwell.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child outcomes at 36 months. *Developmental Psychology*, 35(5), 1297-1310.
- O'Brien, J. D. (1983). Intervention and prevention strategies for children with depressed mothers. *Journal of Children in Contemporary Society*, 15(2), 69-77.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 3–15.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.  
<http://dx.doi.org/10.3109/09540269609037816>
- O'Hara, M. W. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. Dans L. Murray & P. J. Cooper (Éds.), *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31, xiv, 322). New York, NY: Guilford Press.

- Onzawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N., & Kumar, R. C. (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), 201-207. [http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00198-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00198-1)
- Paykel, E. S. (1989). Treatment of depression: The relevance of research for clinical practice. *The British Journal of Psychiatry*, 155, 754-763. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.155.6.754>
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200(4), 357-364. doi: 10.1016/j.ajog.2008.11.033
- Pederson, D. R., Bailey, H. N., Tarabulsky, G. M., Bento, S., & Moran, G. (2014). Understanding sensitivity: Lessons learned from the legacy of Mary Ainsworth. *Attachment & Human Development*, 16(3), 261-270. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2014.900094>
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. New York : Basic Books.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Rush, A. J., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., . . . Weissman, M. M. (2006). Children of Currently Depressed Mothers: A STARD Ancillary Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(1), 126-136. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v67n0119>
- Radke-Yarrow, M., Cummings, E. M., Kuczynski, L., & Chapman, M. (1985). Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56(4), 884-893. <http://dx.doi.org/10.2307/1130100>
- Radke-Yarrow, M., McCann, K., DeMulder, E., Belmont, B., Martinez, P., & Richardson, D. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology*, 7(2), 247-265.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.

- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders*, 70(3), 291-306.
- Righetti-Veltema, M., Bousquet, A., & Manzano, J. (2003). Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(2), 75-83. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-003-0311-9>
- Salomonsson, M. W., Sorjonen, K., & Salomonsson, B. (2015). A long-term follow-up of a randomized controlled trial of mother–infant psychoanalytic treatment: Outcomes on the children. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 12-29. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21478>
- Sheeber, L., Betsy, D., & Hops, H. (2002). Gender-specific vulnerability depression in children of depressed mothers. Dans S. H. Goodman & I. H. Gotlib (Éds.), *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* (pp. 253-274, viii, 351). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness*. San Francisco. Freeman
- Sellers, K., Black, M., Boris, N. W., Oberland, S. E., & Myers, L. (2011). Adolescent mothers' relationships with their own mothers : Impact on parenting outcomes. *Journal of Family*, 25(1), 117-126. doi : 10.1037/a0021877
- Sherman, L. J., Rice, K., & Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, 37, 109-141.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight," and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 67-94. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<67::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-G
- Sit, D. K. Y., Flint, C., Svidergol, D., White, J., Wimer, M., Bish, B., & Wisner, K. L. (2009). An emerging best practice model for perinatal depression care. *Psychiatric Services*, 60(11), 1429-1431. doi: 10.1176/appi.ps.60.11.1429

- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First Michael, B. (1990). *Structured Clinican Interview for DSM-III-R Axis II Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- St-Amand, A., & St-Jacques, M. (2013). Comment faire ? Une méta-analyse, méthode agrégative de synthèse des connaissances. *Collection Devenir chercheure*, 5-25. Repéré à [http://www.cms.fss.ulaval.ca/recherche/upload/jefar/fichiers/comment\\_faire\\_métaanalyse.pdf](http://www.cms.fss.ulaval.ca/recherche/upload/jefar/fichiers/comment_faire_métaanalyse.pdf)
- Stuart-Parrigon, K. & Stuart, S. (2014). Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current Psychiatry Reports*, 16(9), 468. doi: 10.1007/s11920-014-0468-6
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552–1562.
- Tarabulsky, G. M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-Based Intervention for Maltreating Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 322-332.
- Tarabulsky, G., Baudry, C., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Moss, E., Poitras, K., & Roy, F. (2015). Coup d'œil sur l'attachement et l'intervention. La théorie appliquée : une approche à l'intervention auprès de dyades parent-enfant fondée sur les principes et les méthodes de l'attachement. Repéré à [http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup\\_d'oeil\\_sur\\_l'attachement%20\\_et\\_1'intervention.aspx](http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_l'attachement%20_et_1'intervention.aspx)
- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31(3), 364-376. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.3.364>
- Thompson, R. A. (1999). Early attachment and later development. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 265-286, xvii, 925). New York, NY: Guilford Press.

- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, (2nd ed, pp. 348-365, xix, 1020). New York, NY: Guilford Press.
- Thompson, R. A., Lamb, M. E., & Estes. D. (1982). Stability of Infant-Mother Attachment and Its Relationship to Changing Life Circumstances in an Unselected Middle-Class Sample. *Child Development*, 53(1), 144-148.
- Thorell, L. B., Rydell, A. M., & Bohlin, G. (2012). Parent-child attachment and executive functioning in relation to ADHD symptoms in middle childhood. *Attachment & Human Development*, 14(5), 517-532. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2012.706396>
- \* Toth, S. L., Rogosch, F. A., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: a randomized preventive trial. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 74(6), 1006-1016.
- Toth, S. L., & Peltz, J. (2009). Maternal depression. Dans R.E. Tremblay, R.G. Barr, R. Dev. Peters & M. Boivin (Éds), *Encyclopedia on Early Childhood Development* (pp. 1-8). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). Infants response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(1), 1-13.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147-156. <http://dx.doi.org/10.1080/10673220902899714>
- van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Riksen-Walraven, J. M. (2005). A Model-Based Intervention For Depressed Mothers And Their Infants. *Infant Mental Health Journal*, 26(2), 157-176. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20037>
- van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., Riksen-Walraven, J. M., & Hoefnagels, C. (2007). Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: The role

- of maternal, child, and contextual characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 747-756. <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e318040b272>
- \* van Doesum, K. T. M., Riksen-Walraven, J. M., Hosman, C. M. H., & Hoefnagels, C. (2008). A randomized controlled trial of a home-visiting intervention aimed at preventing relationship problems in depressed mothers and their infants. *Child Development*, 79(3), 547-61. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01142.x>
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.387>
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249. doi:10.1017/S0954579499002035
- van Rosmalen, L., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2014). A B C + D of attachment theory: The strange situation procedure as the gold standard of attachment assessment. Dans P. Holmes & S. Farnfield (Éds.), *The Routledge Handbook of Attachment: Theory* (pp. 11–30). London: Routledge.
- Vesga-Lopez, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805–815.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1985). Defining and assessment individual differences in attachment relationships : Q-methodology and the organization of behavior in infance and early childhood. Dans I. Bretherton & E. Waters (Eds), Growing points of attachment theory and reseach. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 41-65.
- Waters, E. (1995). The attachment Q-set. Dans E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Éds.), Caregiving, cultural and cognitive perspective on secure behavior and working models. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60, 234-246.

- Waters, E., Petters, D., & Facompre, C. (2013). Epilogue: reflections on a Special Issue of *Attachment & Human Development* in Mary Ainsworth's 100th year. *Attachment and Human Development*, 15(5-6), 673-681. doi: 10.1080/14616734.2013.856211
- Weinberg, M. (1996). Gender differences in depressed mothers' interactions with their infants. Dans D. M. Teti (Chair), *Maternal Depression and Child Development: Short and Longterm Sequelae for Mothers, Infants and Families*. Symposium conducted at the International Conference for Infant Studies, Providence, Rhode Island.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P., Moreau, D., & Olfson, M. (1997). Offspring of depressed parents: 10 years later. *Archives of General Psychiatry*, 54(10), 932-940.
- Wisner, K. L., Bogen, D. L., Sit, D., MeShea, M., Hughes, C., Rizzo, D., ... Wisniewski, S. W. (2013). Does fetal exposure to SSRIs or maternal depression impact infant growth? *American Journal of Psychiatry*, 170(5), 485-493.
- World Health Organization. (2010). mbGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)
- Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Fetal sex, social support, and postpartum depression. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(11), 750-756.
- Zeanah, C. H., & Anders, T. F. (1987). Subjectivity in parent-infant relationships: A discussion of internal working models. *Infant Mental Health Journal*, 8(3), 237-250. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(198723\)8:3%3C237::aid-imhj2280080307%3E3.0.co;2-h](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(198723)8:3%3C237::aid-imhj2280080307%3E3.0.co;2-h)
- Zhang, Y., & Jin, S. (2016). The impact of social support on postpartum depression: The mediator role of self-efficacy. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 720-726. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105314536454>