

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ASSOCIATIONS LONGITUDINALES ENTRE LA DÉPRESSION MATERNELLE, LES
COMPORTEMENTS SUICIDAIRES MATERNELS ET LE DÉVELOPPEMENT DES
SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS DES ENFANTS

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNE-SOPHIE GUAY

NOVEMBRE 2022

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mon parcours doctoral qui prend finalement fin. Ce chapitre universitaire qui a débuté en 2009 au sein de l'Université du Québec à Montréal se termine à cette même université, treize ans plus tard. L'accomplissement de ce doctorat n'aurait évidemment été possible sans tous les efforts déployés, mais surtout et principalement grâce à l'appui et le soutien continuels dont j'ai pu bénéficier de la part de mon entourage.

Plusieurs personnes ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cet essai, mais j'aimerais avant toute chose prendre le temps de remercier ma directrice Catherine Herba, sans qui ma carrière de rêve n'aurait jamais été possible. Merci d'abord pour cette opportunité inestimable que vous m'avez offerte en me faisant une place au sein de votre équipe en septembre 2013. Je ne peux également passer sous silence l'encadrement et le support privilégié que j'ai eu tout au long de mon parcours. Merci pour votre disponibilité, votre compréhension, votre patience et vos conseils toujours bienveillants et constructifs.

Merci également à mes collègues et amies de laboratoire, qui ont su apporter beaucoup d'entraide, de soutien et de douceur dans des moments plus difficiles de la vie d'étudiante. Un remerciement bien spécial à Justine Charrois, qui en plus de son aide constante a su rendre de longues heures de codages, de statistiques et de recherches toujours agréables et remplis de fous rires. Je garde des souvenirs mémorables de nos journées à Ste-Justine.

J'aimerais aussi souligner le travail et les compétences de Stéphane Paquin et Chloé Pierret, qui ont su m'accompagner dans mes démarches statistiques, ainsi que toute l'équipe du CHU Ste-Justine pour leur collaboration et leur efficacité à me diriger dans mes questionnements, principalement sur la base de données Émigarde.

Sur une note plus personnelle, je souhaite remercier mes parents qui nous ont toujours permis de rêver et de croire que c'était possible. Ils ont d'ailleurs rendu cela possible grâce à tout l'amour, la confiance, le respect et le soutien inconditionnel, qui règnent au sein de notre famille. En plus de ce soutien émotif perpétuel, votre appui financier m'a permis de rendre ce projet de vie réalisable et tangible, je ne vous remercierai jamais assez. Un merci précieux à mon frère, qui a toujours été un exemple de discipline et de persévérance pour moi. Merci de toujours croire en moi. Mes pensées se dirigent également vers mes beaux-parents et ami(e)s, pour tous leurs précieux encouragements et supports au cours de mon cheminement doctoral.

Enfin, j'aimerais adresser mes derniers remerciements à mon bel amoureux Karim et mes merveilleux enfants, Alice, Noam et Billie, pour qui je tenterai toujours de me dépasser. L'achèvement de ce projet n'aurait pas été possible sans l'homme, le papa et l'amoureux que tu es. Merci de ton appui sans limites, de ton réconfort et de ton amour. À mes enfants, merci de me permettre d'exercer le rôle le plus précieux de ma vie, celui d'être votre maman. Vous remplissez mon quotidien de bonheur et de moments privilégiés. Grâce à vous, je me sens complète et ma vie est remplie d'amour et de gratitude. Je vous aime.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE	3
1.1 Dépression maternelle	3
1.1.1 Prévalence	3
1.1.2 Définitions	4
1.1.3 Facteurs de risque	5
1.2 Suicide et comportements suicidaires	6
1.2.1 Suicide	6
1.2.1.1 Prévalence	6
1.2.1.2 Définitions.....	7
1.2.2 Comportements suicidaires.....	8
1.2.2.1 Prévalence	8
1.2.2.2 Facteurs de risque	9
1.2.2.3 Stabilité dans le temps	10
1.2.3 Comportements suicidaires maternels	11
1.2.3.1 Prévalence	11
1.2.3.2 Facteurs de risque	12
1.3 Développement émotionnel et comportemental de l'enfant.....	14
1.3.1 Symptômes intériorisés.....	14
1.3.2 Symptômes extériorisés	15
1.4 Liens entre la dépression maternelle et le développement de l'enfant.....	16
1.5 Liens entre les comportements suicidaires maternels et le développement de l'enfant.....	19
1.6 Modèle théorique.....	22
1.6.1 Modèle théorique	22
1.6.2 Transmission intergénérationnelle.....	24
1.7 Objectifs et hypothèses de recherche	25
1.8 Présentation brève de l'étude d'Émigarde.....	27
1.8.1 Mesures.....	28
1.8.2 Organigramme de l'échantillon	32

CHAPITRE 2 ARTICLE : ASSOCIATIONS LONGITUDINALES ENTRE LA DÉPRESSION, LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES MATERNELS ET LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS.....	33
CHAPITRE 3 DISCUSSION GÉNÉRALE	61
3.1 Discussion générale.....	61
3.2 Forces et limites de l'étude.....	69
3.2.1 Forces.....	69
3.2.2 Limites	70
3.3 Retombées cliniques et pistes de recherches futures.....	72
3.3.1 Retombées cliniques	72
3.3.2 Pistes de recherches futures	77
CONCLUSION.....	79
APPENDICE A TABLEAU DES CRITÈRES 5 GROUPES DE MÈRES.....	80
APPENDICE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (2 ANS).....	81
APPENDICE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (7-8 ANS)	86
RÉFÉRENCES	90

LISTE DES FIGURES

Article - Figure 1. Répartition des scores moyens de l'échelle des symptômes intériorisés à travers les 5 groupes de mères.....59

Article - Figure 2A. Répartition des scores moyens de l'échelle des symptômes intériorisés chez les garçons à travers les 5 groupes de mères.....59

Article - Figure 2B. Répartition des scores moyens de l'échelle des symptômes intériorisés chez les filles à travers les 5 groupes de mères.....59

LISTE DES TABLEAUX

Article - Tableau 1 : Variables descriptives.....	58
---	----

RÉSUMÉ

Contexte: La dépression maternelle et les associations chez les enfants sont bien documentées dans la littérature. Par contre, il y a des lacunes importantes dans les connaissances au sujet des mères présentant des comportements suicidaires et les associations avec le développement de l'enfant. La présente étude souhaite illustrer le portrait de ces femmes et étudier les associations entre l'historique probable de dépression et la contribution des comportements suicidaires chez la mère en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant.

Méthode: Cette recherche est effectuée avec un échantillon communautaire du Québec, incluant 306 dyades de mères et leur enfant, alors que les enfants étaient âgés de 2 à 7-8 ans. Les mères ont été regroupées selon leur historique de dépression et la présence de comportements suicidaires.

Résultats: Les facteurs de risque qui sont significativement plus rapportés dans le groupe de mères ayant des comportements suicidaires (CS) en comparaison avec les autres groupes combinés concernent des symptômes dépressifs lors de la grossesse, une consommation de drogue au cours des douze derniers mois, une prise de médication pour les troubles de l'humeur et le fait d'avoir consulté un médecin. Les résultats rapportés illustrent également une tendance au niveau de l'âge des mères et de leur statut conjugal, qui suggèrent qu'il y a plus de mères célibataires et âgées de 21 ans et moins dans le groupe CS comparativement aux autres groupes. Les mères présentant des historiques probables de dépression clinique (DépClin) et des comportements suicidaires (CS) rapportent plus de symptômes intériorisés, de symptômes dépressifs et de retrait sociaux chez leur enfant, que les mères sans historique de dépression (SD). Les mères du groupe DépClin rapportent davantage de symptômes intériorisés, de symptômes anxieux, de symptômes dépressifs et de symptômes d'inattention chez leur garçon que les mères du groupe SD. Aucune différence significative n'a été décelée entre les enfants des groupes DépClin et CS sur les échelles globales de symptômes intériorisés et extériorisés. Par contre, plusieurs associations sont modérées par le sexe. Les mères du groupe CS rapportent davantage de symptômes intériorisés, de symptômes anxieux et de symptômes d'inattention chez leur fille que les mères du groupe DépClin.

Conclusions: Il est primordial d'étendre les connaissances et d'étudier les CS maternels plus en profondeur, afin de mieux conceptualiser cette problématique dans un contexte maternel et ses associations à long terme pour les enfants.

Mots clés : dépression maternelle, comportements suicidaires maternels, symptômes intériorisés, symptômes extériorisés

INTRODUCTION

Les problèmes de santé mentale maternelle sont un enjeu important de santé publique. Selon les données d'une enquête canadienne de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2019), 33% des mères ont des inquiétudes au sujet de leurs émotions et de leur santé mentale. Ces données sont plutôt alarmantes, lorsqu'on sait que les problèmes de santé mentale maternelle augmentent le risque de mauvaise santé physique chez les mères et est également associé au développement de leurs enfants. Les associations entre la dépression maternelle et les enfants sont déjà bien établies dans la littérature (Gaynes et al., 2005; Herba et al., 2016; Slomian et al., 2019; Vichi et al., 2021; Wisner et al., 2013). De plus, nous savons que les comportements suicidaires sont un aspect important et fréquemment vécu dans le contexte d'une dépression maternelle (Lindahl et al., 2005). Cependant, il y existe peu d'études sur les liens entre les comportements suicidaires (idées et/ou tentatives) d'une mère ou d'un parent et les jeunes. Pourtant le suicide et ses composantes sont une problématique universelle pour laquelle les conséquences sont nombreuses et néfastes (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2018). S'inscrivant dans cette volonté de contribuer au développement des connaissances au sujet de la dépression et des comportements suicidaires maternels, cet essai doctoral a pour but d'élaborer le portrait de ces femmes et d'étudier les associations entre l'historique probable de dépression et la contribution des comportements suicidaires chez la mère en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant de 2 ans à 7-8 ans.

Ainsi la présente recherche est constituée de quatre parties: le premier chapitre comprend une recension des écrits, dans lequel les enjeux de la dépression, du suicide, et du développement émotionnel et comportemental (des symptômes intériorisés et extériorisés) chez les enfants seront adressés, entre autres à travers des données épidémiologiques et les facteurs de risque associés. Ensuite, les liens entre la dépression maternelle, les comportements suicidaires maternels et le développement des symptômes intériorisés et extériorisés chez les enfants seront mis en lumière, ainsi que le cadre théorique afin de mieux conceptualiser l'intérêt pour les questions de recherches. Les objectifs et hypothèses de recherche seront également élaborés dans ce chapitre, de même qu'une présentation brève de la méthodologie et de l'Étude de Milieu de Garde (Émigarde). Le

deuxième chapitre représente l'article scientifique ayant été rédigé et soumis en français à la *Revue québécoise de psychologie*. Le troisième chapitre est constitué de la discussion, des forces et limites de l'étude, des retombées cliniques de nos résultats, ainsi que des pistes futures. La conclusion finalise ce chapitre. Puis, les appendices et les références consultées viendront conclure ce document d'essai doctoral.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

Ce chapitre présente la recension des écrits des différentes variables étudiées dans le cadre de cet essai doctoral, en débutant avec la prévalence, les symptômes et les facteurs de risque de la dépression maternelle. Par la suite, un survol de la prévalence et des définitions du suicide sera présenté, suivi d'un aperçu des comportements suicidaires de manière générale (prévalence, facteurs de risque, stabilité dans le temps) afin de mettre en contexte la variable plus spécifique des comportements suicidaires maternels. La prochaine section présente donc les comportements suicidaires spécifiques aux mères, à travers la prévalence et les facteurs de risque. Le développement émotionnel et comportemental des enfants est ensuite abordé par la perspective des symptômes intériorisés et extériorisés. Pour donner suite à la présentation de la variable indépendante (regroupement des mères) et des variables dépendantes (symptômes intériorisés et extériorisés), les liens entre celles-ci seront explorés, suivi par un modèle théorique et un modèle de transmission intergénérationnelle de risque. Puis, les objectifs et hypothèses de recherche seront présentés dans la section suivante, suivi d'une présentation brève de la méthodologie et de l'étude.

1.1 Dépression maternelle

1.1.1 Prévalence

La dépression fait partie des troubles de santé les plus répandus au Canada (Puyat et al., 2013). Au Canada, on estime que 3,2 millions de personnes ont souffert de dépression, avec un taux de prévalence à vie établi à près de 11,3% (Pearson et al., 2013). Les données sont encore plus élevées au sein de la population québécoise avec une prévalence à vie se situant à 14% (Kairouz et al., 2008). La prévalence de ce trouble est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Albert, 2015). En effet, au Canada, les plus hauts taux de dépression sont représentés chez les femmes entre 15 et 44 ans (Pearson et al., 2013). En 2012, 15% des femmes canadiennes de plus de 15 ans avaient vécu une dépression majeure au cours de leur vie et 5,8% au cours de la dernière année (Kairouz et al., 2008; Pearson et al., 2013). Les données concernant les taux de dépression chez les femmes lors de la période de maternité varient considérablement en fonction de la population

étudiée, ainsi que des méthodes et de la période d'évaluation. La revue de littérature de Vichi et al. (2021) révèle la présence de dépression périnatale chez 7 à 13 % des femmes enceintes et de 7 à 15% chez les femmes à un an post-partum. Tandis que l'étude ontarienne de Watt et ses collaborateurs (2002) indiquent des taux de dépression chez les femmes durant la période de 1 mois à 1 an après la naissance de leur enfant entre 8 et 26 %. La dépression est une complication fréquente de la maternité et un facteur de risque important au développement de l'enfant (Gaynes et al., 2005; Lovejoy et al., 2000; Wisner et al., 2013).

1.1.2 Définitions

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), un épisode dépressif est décrit par une humeur dépressive, de la tristesse, des symptômes de fatigue, de perte d'énergie et d'agitation ou de ralentissement psychomoteur. Il est généralement accompagné par des troubles de sommeil et d'appétit, de difficulté à se concentrer, de culpabilité excessive et une diminution marquée de l'intérêt. La présence d'idées suicidaires et de pensées de mort récurrentes est aussi un symptôme pouvant se manifester lors d'un épisode de dépression (American Psychiatric Association, 2000; Cooper et al, 2007; Miller, 2002). La terminologie officielle d'un trouble de dépression majeure évoque une durée minimale de deux semaines pour la présence des symptômes ainsi qu'une altération dans le fonctionnement habituel de la personne (American Psychiatric Association, 2013).

Le terme dépression maternelle utilisée dans ce travail, fait référence à un épisode de dépression pouvant avoir eu lieu après la naissance de l'enfant, au cours de la période post-partum (généralement la première année après la naissance du bébé), mais également par la suite, lorsque l'enfant se développe et progresse vers l'adolescence. Dans le contexte d'une dépression maternelle, plusieurs symptômes peuvent s'ajouter à l'expérience habituelle de dépression. En effet, on distingue la présence d'épisodes d'anxiété, d'attaques de panique, de confusion mentale et d'irritabilité et un sentiment d'être surpassée (Beck et Indman, 2005; Miller, 2002; Vichi et al., 2021). Il y a aussi des sentiments de faible estime de soi maternelle, un sens de l'auto-efficacité

limité par rapport à ses capacités parentales, ainsi qu'une intense culpabilité et honte qui peuvent s'ajouter à l'expérience typique de la dépression (Beck et Indman, 2005; Miller, 2002).

1.1.3 Facteurs de risque

La dépression maternelle est un phénomène multifactoriel, comprenant différents aspects psychologiques (Vichi et al. 2021). Bien que notre étude cible la dépression maternelle allant de la naissance jusqu'à 7-8 ans, les études et les informations sur les facteurs de risque à la dépression maternelle se concentre principalement sur la période post-partum (la première année suivant la naissance de bébé) (Vichi et al. 2021). Parmi les facteurs de risque identifiés dans la littérature, on constate que les femmes ayant déjà vécu un ou des épisodes dépressifs dans le passé sont à plus haut risque de revivre une dépression durant leur période post-partum (Beck, 2002; Vichi et al., 2021). À ce propos, l'enquête de Statistique Canada (2019) basée sur des données canadiennes sur la santé mentale maternelle révèle qu'une mère sur trois (31%) ayant déclaré avoir des symptômes correspondant à une dépression post-partum ou un trouble anxieux, avait souffert d'une dépression ou d'un trouble de l'humeur avant leur grossesse. Des études indiquent également une forte relation entre la présence de symptômes de dépression au cours de la grossesse et une dépression post-partum (Boekhorst et al., 2019; Vichi et al., 2021). Les autres facteurs de risque à la dépression post-partum documentés dans la littérature incluent la présence de stressseurs psychosociaux, un soutien social inadéquat, la pauvreté, les conflits conjugaux, la violence conjugale, une attitude négative face à la grossesse, des facteurs hormonaux ainsi que la perte d'un enfant (Bernard-Bonnin, 2004; Gelaye et al., 2016, Massoubre et al., 2014; Palumbo et al., 2017; Miller, 2002; Vichi et al., 2021). Finalement, l'âge est aussi un facteur de risque qui a été soulevé dans la littérature, à savoir que les femmes ayant accouché à un jeune âge sont plus à risque de vivre une dépression maternelle (Katon et al., 2014). En congruence, les résultats de l'enquête de Statistique Canada (2019), indiquent que 30% des mères de moins de 25 ans (soit le plus haut taux selon les différents groupes d'âge) mentionnaient avoir des symptômes de dépression ou d'un trouble anxieux. Bien qu'il soit suggéré que ces facteurs de risque (être une jeune mère, vivre de la violence conjugale, etc) augmentent les risques de vivre une dépression maternelle, il est impératif de considérer également ces facteurs de risque dans un modèle écologique, à savoir que ces facteurs

de risque sont souvent associés et impliqués dans un contexte socioéconomique plus défavorisé, qui peuvent prédisposer à ces facteurs de risque. Par exemple, la littérature qui abonde dans ce sens évoque que les milieux défavorisés socialement et financièrement peuvent augmenter les risques de devenir une jeune mère, d'avoir des relations conjugales et familiales complexes et de vivre une grossesse à risque (Amjad et al., 2019; Chatha et al., 2020; Dahmen et al., 2013; Millborn, 2017), ce qui en soi augmente le risque de présenter une dépression.

Le suicide et les comportements suicidaires seront présentés dans la prochaine section. Il est pertinent de mentionner que les comportements suicidaires sont des aspects fréquemment présents dans les contextes de dépression (Lindahl et al., 2005). Effectivement, bien que ce soient deux problématiques séparés, la dépression augmente de manière considérable le risque de vivre des comportements suicidaires (Hemming et al., 2019). De plus, le désespoir est un élément qui est fortement partagé par les deux problématiques (Faisal-Cury, 2021; Zhang et Ziyao, 2013). De nombreuses études ont démontré les associations entre les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires (Chachamovich et al., 2009; Faisal-Cury, 2021; Zhang et Ziyao, 2013).

1.2 Suicide et comportements suicidaires

1.2.1 Suicide

1.2.1.1 Prévalence

Une personne se suicide toutes les 40 secondes. Cela représente plus de 700 000 décès par suicide chaque année mondialement (OMS, 2021). Au Canada, on compte environ 11 décès par suicide chaque jour, soit environ 4000 décès par année (Gouvernement du Canada, 2019). Tandis qu'au Québec, chaque jour trois personnes s'enlèvent la vie (Levesque et al., 2021). Les données de 2017 indiquent un taux brut de suicide de 12,4 par 100 000 personnes (Gouvernement du Canada, 2019). Chaque suicide est un évènement tragique, qui au-delà de la gravité de ces statistiques, représente une problématique importante de santé publique. L'OMS (2021) soulève les effets collatéraux

néfastes de la perte d'un individu par suicide sur la société, les communautés, les amis et les familles.

1.2.1.2 Définitions

Le suicide et ses composantes représentent des phénomènes complexes, ce qui rend la terminologie sur le sujet difficilement homologue à travers la littérature. Les idées suicidaires peuvent être décrites comme étant n'importe quelles représentations mentales (images, fantasmes, considérations intellectuelles) axées sur le désir de s'engager dans un comportement lié au suicide ou sur une méthode pour se suicider (Bordeleau, 1994). La tentative de suicide se caractérise quant à elle par un « comportement potentiellement autodestructeur associé à une intention certaine de mourir » (CSMC, 2018). Finalement, le suicide est défini par l'OMS (2014) comme « un acte qui consiste à se donner délibérément la mort » et le terme « suicide complété » est utilisé dans le cas d'un décès par suicide.

Dans les écrits, on retrouve principalement deux visions concernant la nomenclature des comportements suicidaires. D'une part, il y a la notion de suicide conceptualisée de manière linéaire sous la forme d'un continuum de sévérité (Hyland et al., 2022). D'abord, il y a les comportements comme les idéations suicidaires temporaires sans plan spécifique, puis des idées suicidaires plus persistantes et intenses qui peuvent inclure un plan. En progressant dans ce continuum, on peut aussi y retrouver des menaces suicidaires, des gestes suicidaires, de l'automutilation, ainsi que différents degrés de tentatives de suicide (tentatives de suicide de faible létalité, tentatives de suicide interrompues, tentatives de suicide quasi mortelles). Finalement, à l'autre extrémité se trouve le décès par suicide complété (Linden et Barnow, 1997; Moscicki, 2001). D'autre part, on retrouve une perspective plus catégorielle, qui est représentée par une classification dichotomique, les suicides complétés et les parasuicides, comprenant entre autres les idéations suicidaires et les tentatives de suicide (Chartrand, 2001).

1.2.2 Comportements suicidaires

1.2.2.1 Prévalence

Lorsqu'on observe les données relatives aux comportements suicidaires, il est mentionné que 11,8% de la population canadienne âgée de plus de 15 ans indiquent avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (2,5% au cours de la dernière année), 4% indiquent avoir fait un plan pour se suicider au cours de leur vie, puis 3,1% indiquent avoir fait une tentative de suicide (Gouvernement du Canada, 2019). Les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2014-2015 rapportent des taux similaires avec 10% de la population québécoise de 15 ans et plus ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (2,8% au cours des 12 derniers mois) et 4,4% ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie (0,4% au cours des 12 derniers mois). Avec un tel taux, les auteurs estiment que quotidiennement, 76 personnes tenteraient de s'enlever la vie au Québec (Camirand et al., 2016). Finalement, les auteurs des ouvrages sur les taux de suicide mettent en garde les lecteurs au sujet des données présentées, qui sont souvent sous-estimées, en raison de l'impact de la stigmatisation et de différents autres facteurs relié à la nature du sujet (Gouvernement du Canada, 2019).

Les données spécifiquement reliées aux femmes indiquent que la prévalence des idéations suicidaires sérieuses au cours de la vie est de 13% chez les Canadiennes de 15 ans et plus (Statistique Canada, 2020), tandis que la prévalence au cours des douze derniers mois se situe à 3,5% (Statistique Canada, 2012). Au Québec, la prévalence des femmes âgées de plus de 15 ans ayant songé sérieusement au suicide au cours des douze derniers mois était de 2,6% en 2012 et de 13% au cours de la vie (Statistique Canada, 2012). Au Canada, le taux de prévalence obtenue par les enquêtes du Gouvernement du Canada (2006) indique que 4,2% des femmes ont rapporté avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. À propos des tentatives de suicide au Québec, les auteurs de l'étude québécoise sur la santé de la population en 2014-2015 ont rapporté un taux de 0,5% chez les femmes de 15 ans et plus (Camirand et al., 2016). Tandis que les données les plus récentes de Levesque et ses collaborateurs (2021) sur les hospitalisations des femmes reliées à des tentatives de suicide indiquaient une hausse considérable au cours de la dernière décennie.

1.2.2.2 Facteurs de risque

Les recherches montrent que plusieurs facteurs peuvent contribuer à l'augmentation du risque de comportements suicidaires. Ils seront présentés à travers la perspective du modèle écologique, qui conçoit les facteurs de risque selon différents niveaux. Le niveau sociétal fait référence aux facteurs de risque en lien avec la stigmatisation des personnes qui veulent obtenir de l'aide, à l'accès aux moyens pour se suicider, ainsi qu'à la couverture médiatique et l'utilisation inappropriée des médias sociaux (accès aux renseignements sur les méthodes pour se suicider) (Mishara, 2018). Au niveau du milieu de vie, on retrouve les facteurs de risque associés aux expériences traumatiques, aux historiques de violences interpersonnelles, d'abus, de négligence et de maltraitance, qui augmentent la probabilité qu'une personne développe des comportements suicidaires. Tout comme le manque de soutien social, l'isolement, un faible revenu et être sans emploi (Findley, 2017; Goldney et al., 2013; Mishara, 2018; OMS, 2014). Finalement, on retrouve les facteurs de risque au niveau individuel qui contribuent à rendre les individus plus vulnérables aux comportements suicidaires (Mishara, 2018). À ce niveau, la présence d'un trouble de santé mentale comme facteur prédisposant est bien documentée dans la littérature (Mishara, 2018; Shi et al., 2018; Tabb et al., 2013). Plus précisément, nous savons que la présence d'une dépression majeure augmente de manière accrue la vulnérabilité aux comportements suicidaires (Goldney et al., 2003; Shi et al., 2018). Un autre prédicteur bien connu est la présence d'une ou de plusieurs tentatives de suicide dans l'historique de vie de l'individu. D'ailleurs, il est répertorié qu'un historique de tentative de suicide est le facteur de risque le plus important pour un suicide complété (Goodwin et al., 2004; Bostwick et al., 2016). À ce sujet, les résultats des études de Harris et Barraclough (1998) et de Olfson et al. (2017) indiquent qu'une tentative de suicide antérieure augmente de 30 fois le risque de mort subséquente. Quant à Lizardi et ses collaborateurs (2009), ils ajoutent que les raisons de vivre prédisent négativement le nombre et la létalité des tentatives antérieures. Dans ce même ordre d'idées, des études récentes avancent même que les idées suicidaires seraient également associées à un risque significativement plus élevé de tentatives et de décès par suicide (Bodnar-Deren et al., 2016; O'Donnell et al., 2016). Bien que la présence de dépression et de tentative de suicide préexistante soient les facteurs de risque les plus significatifs, il est important d'indiquer les autres éléments pouvant contribuer à rendre les individus plus vulnérables aux comportements suicidaires. Parmi ceux-ci on retrouve entre autres les problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues, les douleurs chroniques, la difficulté à faire face au stress et les personnes qui évaluent

leur santé comme étant passable ou mauvaise (Findley, 2017; Goldney et al., 2013; Mishara, 2018, OMS, 2014).

Finalement, on retrouve certaines différences en lien avec le sexe et les types de comportements suicidaires généralement adoptés. En effet, plusieurs études indiquent que le sexe masculin serait fortement associé au suicide complété, tandis que le sexe féminin serait plutôt corrélé aux idées et aux tentatives suicidaires (Canetto et Sakinofsky, 1998; Freeman et al., 2017). Dans une perspective similaire, les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2012, suggèrent effectivement une association entre un historique de pensées suicidaires au cours de la vie et le fait d'être une femme, mais aussi avec le fait de fumer, d'entretenir des relations sociales néfastes et un manque de soutien émotionnel (Findley, 2017).

1.2.2.3 Stabilité dans le temps

Il a été démontré que le fait d'avoir des idées suicidaires pendant l'enfance est associé à un risque accru d'idées ou de comportements suicidaires pendant l'adolescence et à l'âge adulte (Copeland et al., 2017). À ce sujet, Reinherz et ses collaborateurs (2006) ont produit une étude qui suivait le développement de jeunes de 5 ans jusqu'à leur trentaine. Dans cette étude, ils ont comparé les adolescents de 15 ans qui avaient des idées suicidaires avec les adolescents du même âge qui ne présentaient aucune idéation suicidaire. Les résultats ont montré que le groupe de jeunes avec des idées suicidaires était deux fois plus susceptible d'avoir un trouble de santé mentale de l'axe I, qu'ils étaient presque 12 fois plus à risque d'avoir fait une tentative de suicide à l'âge de 30 ans et qu'ils étaient 15 fois plus à risque d'avoir eu des idées suicidaires au cours des quatre dernières années avant la dernière évaluation à l'âge de 30 ans. Ces auteurs ont aussi rapporté des déficits importants dans le fonctionnement comportemental et émotionnel à l'adolescence qui se sont poursuivis jusqu'au début de l'âge adulte pour les adolescents du groupe ayant des idées suicidaires. Cette étude a montré que la présence d'idées suicidaires à l'âge de 15 ans est un marqueur important de détresse émotionnelle et qu'elle représente une altération significative du fonctionnement, et ce jusqu'à l'âge adulte. D'ailleurs, les résultats de cette étude concordaient avec ceux des travaux de

Kessler et ses collaborateurs (1999), ainsi que ceux de Pfeffer et ses collaborateurs (1993). De plus, les résultats publiés par Herba et ses collaborateurs (2007) ont montré que des idéations suicidaires pendant l'enfance étaient associées à des tentatives de suicide futures, ainsi que des troubles de l'humeur et des idées suicidaires 10 à 14 ans plus tard, lorsque ces enfants étaient devenus des adultes. Cet aspect de la problématique des comportements suicidaires illustre d'autant plus l'impact et la dangerosité possible à long terme de ce phénomène et suggère l'importance d'intervenir avec diligence lorsqu'il y a présence de ces symptômes.

1.2.3 Comportements suicidaires maternels

1.2.3.1 Prévalence

À propos des taux de prévalence des comportements suicidaires lors de la période périnatale, Vichi et ses collaborateurs (2021) soulèvent qu'ils varient beaucoup, notamment en regard des caractéristiques de l'échantillon, ainsi que de la période et de la méthode d'évaluation étudiées. Ils rapportent une prévalence d'idéations suicidaires allant de 5 à 14% à travers les différentes études. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans l'étude canadienne de Pope et ses collaborateurs (2013). Tandis que les taux obtenus par une autre étude canadienne de Watt et ses collaborateurs (2002) varient entre 0,5% et 3,7%. Bien que la dépression soit une complication fréquente pour les femmes au cours de la grossesse et de la période post-partum, il semble toutefois que les taux de comportements suicidaires soient quant à eux plus faibles au cours de cette période que chez la population générale (Vichi et al., 2021).

Concernant les informations sur les tentatives de suicide au cours de la période périnatale, les taux sont plutôt limités dans la littérature et font souvent référence à des échantillons cliniques. Healey et ses collaborateurs (2013) estiment que les taux de tentatives de suicide en période post-partum correspondent au 2/3 des cas de tentatives de suicide des femmes du même âge n'étant pas en période post-partum. Récemment, une première méta-analyse a révélé une prévalence de tentatives de suicide de 680 par 100 000 au cours de la grossesse et de 210 par 100 000 au cours de la première

année post-partum (Rao et al, 2021). Il y a également l'étude de Georgiopolous et ses collaborateurs (2001) qui rapporte que deux tentatives de suicide ont été enregistrées, parmi les 342 femmes dont les dossiers médicaux ont été examinés dans le cadre de leur projet sur l'implantation universelle du dépistage de la dépression post-partum dans les centres de soins communautaires postnataux, par l'entremise de l'*Échelle de Dépression Postnatale d'Édinbourg* (EPDS). Les auteurs ajoutent que ce nombre est probablement sous-estimé, car neuf des femmes ayant des indications d'idéations suicidaires ou ayant obtenu des scores élevés au EPDS ont refusé de participer à l'étude. On retrouve aussi une étude européenne portant sur un échantillon clinique de femmes souffrant de trouble psychiatrique. Sur les 1439 femmes étudiées, 11,68% (n=154) ont rapporté avoir fait une tentative de suicide, dont 49 ont eu lieu lors de la grossesse et 105 lors de la période post-partum (Gressier et al., 2017).

1.2.3.2 Facteurs de risque

Nous avons vu précédemment les facteurs qui peuvent augmenter le risque de développer des comportements suicidaires chez la population générale. En dehors de la période de la maternité, on sait qu'être une femme et avoir une dépression majeure est associé à un plus haut risque d'idées suicidaires (Henshaw, 2007; Howard et al., 2011). Vu la nature de cette recherche doctorale, il est pertinent d'élaborer sur les facteurs de risque qui peuvent contribuer à l'émergence et au maintien des comportements suicidaires dans le contexte spécifique de la maternité et des éléments qui l'entourent.

Au niveau du milieu de vie, le fait d'être une mère adolescente ou une mère à un jeune âge augmente considérablement les risques de développer des comportements suicidaires maternels (Martini et al., 2019). En Angleterre, les mères adolescentes présentent un taux de suicide cinq fois plus élevé que les mères non adolescentes (Appleby, 1991; Lindahl et al., 2005). Le fait d'avoir un faible revenu, un niveau d'éducation maternelle plus bas et être sans emploi sont des éléments non négligeables qui augmentent le risque d'avoir des comportements suicidaires maternels (Martini et al., 2019; O'Connor et al., 2018; Shi et al., 2018). La situation matrimoniale fait également partie des facteurs de risque bien documentés (Martini et al., 2019). Cet élément est d'autant plus

important dans les pays en développement où la culture stigmatise la maternité chez les femmes non mariées, ce sont les femmes enceintes non mariées qui semblent être à plus grand risque de comportements suicidaire (Lindahl et al., 2005). Il y a, entre autres, l'étude de Lieb et ses collaborateurs (2005) qui ont trouvé des différences au niveau de l'état civil entre les groupes de mères regroupés par leurs comportements suicidaires. À savoir que celles ayant un partenaire représentaient 85,3% des mères sans idées suicidaires, 76,9% des mères avec des idées suicidaires et 50,1% des mères ayant fait une tentative. Parmi les autres prédicteurs qui ont été mis en évidence dans la littérature, Shi et ses collaborateurs (2018) soulèvent que dans leur étude, réalisée en Chine, les mères avec des idées suicidaires rapportaient plus d'insatisfaction conjugale, de manque de soutien social et d'expériences de fausses couches que les mères sans idées suicidaires. Également, l'étude américaine de Schiff et Grossman (2006) au sujet de 520 mères hospitalisées pour tentative de suicide en période post-partum révèle qu'un des facteurs de risque hautement associé aux hospitalisations suite à des tentatives de suicide est la mort fœtale ou la mort d'un enfant dans la première année de vie. L'étude de Martini et ses collaborateurs (2019) rapporte également les grossesses non planifiées, les historiques d'avortement, les historiques d'abus ou de violence par le partenaire au cours de la grossesse et le fait d'avoir plusieurs enfants comme facteur de risque. Plusieurs de ces facteurs de risque liés au milieu de vie représentent également des facteurs de risque dans le contexte de la dépression maternelle et sont également sensibles au contexte culturel dans lequel ils se trouvent.

Au niveau individuel, l'historique de tentatives de suicide chez la mère serait le prédicteur le plus significatif des comportements suicidaires au cours de la période périnatale (Martini et al., 2019). Outre l'historique de tentative de suicide, on retrouve également les troubles de santé mentale préexistants de la mère (O'Connor et al., 2018; Martini et al., 2019), telle que la dépression, qui sont des facteurs non négligeable même en période périnatale (Gressier et al. 2017). Les résultats de l'étude Wisner et ses collaborateurs (2013) ont révélé que la majorité des femmes (84,6%) qui ont rapporté des idées suicidaires ont aussi été dépistées positivement à la dépression maternelle par le EPDS. Ses résultats sont congruents avec plusieurs études, dont ceux de Bodnar-Deren et ses collaborateurs (2016) et de Goldney et ses collaborateurs (2013). Les résultats de l'étude de Bodnar-Deren et ses collaborateurs (2016) indiquent même que l'évaluation de symptômes dépressifs à deux jours post-partum prédisait la présence d'idées suicidaires futures. Finalement,

les mères qui fumaient la cigarette avant d'être enceintes seraient également plus à risque de développer des idées suicidaires au cours de la période post-partum (Gressier et al., 2016; O'Connor et al., 2018; Weng et al., 2016).

1.3 Développement émotionnel et comportemental de l'enfant

Les liens existants entre la santé mentale maternelle et le développement des enfants sont bien établis dans la littérature. Avant d'élaborer sur ces liens, les variables dépendantes de cette étude seront abordées dans cette section. Le développement émotionnel et comportemental est un terme large qui englobe différentes composantes. Il est très vaste et c'est d'ailleurs pourquoi maintes définitions existent dans la littérature pour déterminer ce concept. En effet, la notion de développement émotionnel regroupe plusieurs théories et est utilisée pour évoquer autant la régulation des émotions, le tempérament, les symptômes de troubles émotionnels ou comportementaux et même la reconnaissance des expressions faciales (Brody, 1985; Campos et al., 1989). Cependant, pour les besoins de cet essai, ce sont les symptômes intériorisés et extériorisés du développement émotionnel et comportemental des enfants qui seront considérés en tant que variables dépendantes.

1.3.1 Symptômes intériorisés

Les études sur les psychopathologies développementales ont établi deux principales formes d'inadaptation, celles impliquant un surcontrôle et celles impliquant un sous-contrôle (Rubin et Mills, 1991; Vanderbleek et Gilbert, 2018). À ce sujet, les troubles intériorisés ont été décrits par Achenbach en 1966 comme étant le résultat de difficultés liées à un niveau élevé de contrôle, tandis que les troubles extériorisés sont représentés par des difficultés à un niveau de sous-contrôle psychologique (Achenbach et Edelbrock, 1978; Rubin et Mills, 1991; Vanderbleek et Gilbert, 2018). Les troubles intériorisés sont représentés par des symptômes comme la tristesse, l'anxiété, le désespoir, la dépendance, le retrait social, une faible estime personnelle et des peurs excessives des personnes ou situations nouvelles (Fortin et al., 2000; Gutman et Codiroli McMaster, 2020;

Rubin et Mills, 1991). Les études suggèrent que les trajectoires des symptômes intériorisés sont relativement stables durant l'enfance et que celles-ci se présentent de manière similaire chez les garçons et les filles (Gutman et Codiroli McMaster, 2020; Sterba et al., 2007). En comparaison, les trajectoires des symptômes intériorisés augmentent davantage chez les filles à la période de l'adolescence (Côté et al., 2002; Gutman et Codiroli McMaster, 2020; Leve et al., 2005; Sterba et al., 2007). Il a également été soulevé que cette catégorie de symptômes était associée à des tendances suicidaires plus tard dans le développement ainsi qu'à des pathologies telles que la dépression, l'anxiété et les troubles alimentaires (Barber, 1992; Crawford, 2011; Soto-Sanz et al., 2019).

1.3.2 Symptômes extériorisés

En ce qui a trait aux troubles extériorisés, ils se caractérisent plutôt par des symptômes d'hyperactivité, de déficits d'attention, d'opposition, de trouble de la conduite et d'agression (Atherton et al., 2018; Fortin et al., 2000; Rubin et Mills, 1991). Contrairement aux symptômes intériorisés, les avis sur l'évolution et la stabilité des symptômes extériorisés sont beaucoup plus controversés. En effet, on observe des différences à travers les études, dépendamment des mesures, de l'âge, des variables utilisées et des personnes qui rapportent les comportements. Cependant, de manière générale, il semble avoir consensus que les garçons présentent plus de symptômes extériorisés que les filles, malgré le fait que cet écart entre les sexes se réduit à travers le temps (Atherton et al., 2018; Leve et al., 2005). De plus, les garçons semblent montrer une plus grande stabilité et intensité dans les troubles de comportements extériorisés que les filles (Berkout et al., 2011; Fortin et al., 2000; Loeber et Hay, 1997). Sinon, certaines études indiquent une augmentation, tandis que d'autres perçoivent une diminution des comportements extériorisés de la période de l'enfance à l'adolescence (Atherton et al., 2018; Leve et al., 2005). À ce sujet, l'étude de Kroneman et ses collaborateurs (2009) stipule que ces comportements sont plutôt fréquents à l'enfance, mais que s'ils s'aggravent lors de la période scolaire, les risques de persistance de ces troubles à l'adolescence et à l'âge adulte sont élevés. D'ailleurs, la persistance des symptômes extériorisés dans le temps est associée à un plus grand risque d'échecs académiques, de délinquance, de conduites agressives, d'incarcérations et d'utilisation de substances (Atherton et

al., 2018; Barber, 1992). Les risques d'augmentation de ces problèmes d'adaptation sont sérieux à long terme (Atherton et al., 2018; Loeber et Hay, 1997). En effet, la chronicité des troubles intériorisés et extériorisés à travers le temps est un phénomène préoccupant. C'est entre autres une des raisons importantes pour lesquelles ces différents symptômes doivent idéalement être pris en considération dès le jeune âge de l'enfant.

1.4 Liens entre la dépression maternelle et le développement de l'enfant

Les trois concepts principaux ayant été décrits, les liens qui existent entre ceux-ci seront élaborés dans les prochaines sections, en débutant avec la dépression maternelle et le développement émotionnel et comportemental de l'enfant. D'abord, il a été rapporté que la dépression maternelle augmente le risque d'utiliser des pratiques parentales coercitives, autoritaires et permissives (Crawford et al. (2011; Hails et al., 2018; Lovejoy et al., 2000). Des associations ont été trouvées entre les pratiques parentales coercitives et l'augmentation des risques de développer des symptômes intériorisés et extériorisés (Hails et al., 2018; Laurin et al., 2015). L'étude de Crawford et al. (2011) indique que l'expérience de dépression chez les parents est également associée à des attachements moins sécurisants et chaleureux, ainsi qu'à des niveaux plus faibles de support émotionnel. Il a aussi été rapporté que les familles présentant un parent dépressif avaient tendance à expérimenter moins de cohésion, d'organisation, de prévisibilité et de consistance que les familles sans parent dépressif. On observe aussi plus de conflits, de difficultés interpersonnelles et l'utilisation des stratégies de d'adaptation moins efficaces (Ellenbogen et Hodgins, 2004; Stone et al., 2015; O'Connor et al. 2017). De ce fait, il y a des évidences que la dépression maternelle est associée à des risques plus élevés de difficultés chez les enfants dans différentes sphères (cognitive, moteur, affective, langage, social, scolaire, physique, sommeil, stress) (Bernard-Bonnin, 2004; Slomian et al., 2019). Au niveau affectif, plusieurs études ont rapporté que la dépression maternelle augmente les risques d'attachement insécurité et de faible estime de soi chez l'enfant. De plus, il semble que les enfants de mères dépressives montrent plus d'affects négatifs, même en présence d'adultes non dépressifs (Bernard-Bonnin, 2004; Goodman et Gotlib, 1999; Stein et al., 2014; Wisner et al., 2013). Également, les enfants de mères présentant des épisodes dépressifs montrent des niveaux plus faibles de compétences sociales et d'engagement social (Feldman, 2009; Kersten-

Alvarez et al., 2012; Korhonen et al., 2012). Des associations auraient aussi été constatées sur le développement cognitif, intellectuel et le fonctionnement scolaire de ces jeunes. Bernard-Bonnin (2004), Downey et Coyne (1990) et Wisner et ses collaborateurs, (2013) rapportent des performances cognitives plus faibles et des déficits au niveau du fonctionnement linguistique chez les enfants de mères dépressives comparativement aux enfants de mères non dépressives. Ensuite, Hay et ses collaborateurs (2001) ont suivi durant onze années 149 femmes de Londres ayant vécu une dépression suite à la naissance de leur enfant. Les résultats des 132 enfants testés à l'âge de 11 ans ont montré des quotients intellectuels significativement plus bas et de difficultés en mathématique en comparaison avec d'autres enfants dont les mères n'ont pas vécu de dépression après leur naissance. Des études ont également indiqué des associations significatives entre les symptômes de dépression maternelle et la présence de pensées et tentatives suicidaires chez leurs enfants (Hammerton et al., 2015; Goodday et al., 2019). En outre, l'étude de Goodday et ses collaborateurs (2019) menée auprès d'enfants et de jeunes adultes entre 11 et 25 ans, rapportait une prévalence d'idées suicidaires s'élevant à 20,6% chez ceux ayant été exposés à la dépression maternelle. Tandis que les enfants n'ayant jamais été exposés à la dépression maternelle attestaient des prévalences d'idées suicidaires de 13%.

Enfin, plus précisément en lien avec la nature de ce travail doctoral, les revues de littérature de Stein et ses collaborateurs (2014) et de Herba et ses collaborateurs (2016) ont rapporté que la dépression maternelle était associée à un risque accru de symptômes intériorisés et extériorisés chez les enfants. Effectivement, plusieurs études postulent des associations entre la dépression maternelle et des symptômes d'anxiété, de dépression, de retrait social, de défiance, d'agressivité, de plaintes somatiques, d'hyperactivité et d'inattention chez les enfants (Beck et Indman, 2005; Bernard-Bonnin, 2004; Crawford, 2011; Galera, 2011; Stein et al, 2014). Spécifiquement, il a été montré que les enfants de parents dépressifs étaient quatre fois plus à risque de développer des symptômes dépressifs que les enfants de parents non dépressifs (O'Connor et al., 2017). On retrouve donc plusieurs études dans la littérature qui montrent que la dépression maternelle est un facteur de risque au développement émotionnel et comportemental des enfants. Par ailleurs, il a été rapporté que cette diversité de conséquences possibles chez l'enfant est un enjeu qui ne se limite pas à l'enfance, mais qui peut perdurer à plus long terme, jusqu'à l'âge scolaire (Fihrer et al., 2009;

O'Connor et al., 2017), à l'adolescence (Kroneman et al., 2009) et même à l'âge adulte (Goodday et al., 2019).

Tel que mentionné ultérieurement, les associations entre les symptômes intériorisés et extériorisés et le sexe dépendent de différents facteurs, dont l'âge auquel ils sont évalués. Il semble que les symptômes intériorisés sont davantage marqués chez les filles après la puberté, tandis que les problématiques reliées aux symptômes extériorisés semblent toucher davantage les garçons, de manière générale (Atherton et al., 2018; Gutman et Codioli McMaster, 2020). Par contre, lorsqu'on observe les différences entre les sexes, en lien avec les associations entre la dépression maternelle et les symptômes intériorisés et extériorisés de leurs enfants, on constate qu'il y a peu de consensus au niveau des conclusions et que les résultats varient selon les problématiques étudiées ainsi que l'âge auquel les enfants sont observés (Bernard-Bonnin, 2004; Foster & al., 2008; Goodday & al., 2019; Grace, Evindar & Stewart, 2003; Connelly & O'Connell, 2022). D'où la pertinence d'observer si le sexe de l'enfant modère ces associations dans le cadre de notre étude.

Bien que plusieurs études montrent un lien entre la dépression maternelle et le développement des enfants en utilisant des seuils cliniques pour distinguer les femmes rencontrant les critères diagnostiques de dépression majeure (O'Connor et al., 2017), d'autres études ont plutôt utilisé des valeurs sous-cliniques, telles que des symptômes dépressifs et l'historique de dépression auto-rapportés. On retrouve notamment, Charrois et ses collaborateurs (2017), Herba et ses collaborateurs (2013), Lee et ses collaborateurs (2006) et Côté et ses collaborateurs (2009) qui ont trouvé que même les symptômes élevés de dépression, sans diagnostic spécifique, ont des associations avec le développement des enfants. Bien que les études rapportées démontrent plusieurs associations entre la dépression maternelle et le développement de l'enfant, il est pertinent d'évoquer l'implication des autres facteurs de risque tels que le soutien social inadéquat, la pauvreté, les conflits conjugaux (Palumbo et al., 2017; Slomian, 2019) sur ces associations. Cela dit, puisque l'interaction entre ces facteurs de risque connexes et la dépression est complexe, il est difficile de déterminer la nature, l'impact et le rôle de chacun de ces éléments dans ces associations (Goodman 2020; Herba et al., 2016).

1.5 Liens entre les comportements suicidaires maternels et le développement de l'enfant

Suite à la présentation des études sur les liens entre la dépression maternelle et le développement de l'enfant, la littérature sur les liens entre les comportements suicidaires maternels et le développement de l'enfant sera présentée. Bien que les études soient moins nombreuses, on remarque que l'intérêt pour cette problématique a pris de l'ampleur dans les dernières années.

Parmi les études qui se sont intéressées aux comportements suicidaires des mères et la relation mère-enfant. Il y a, entre autres, Paris et ses collaborateurs (2009), qui ont mené une étude auprès de 32 mères souffrant de dépression post-partum. Ils ont créé deux groupes à partir de cet échantillon : le premier groupe était composé de femmes avec des idées suicidaires élevées et le deuxième groupe était composé de femmes ayant peu ou pas d'idées suicidaires. Les auteurs ont rapporté que les mères des deux groupes présentaient une estime de soi maternelle plus basse comparativement aux mères n'ayant pas de dépression post-partum. Par ailleurs, les femmes du groupe avec les idées suicidaires les plus élevées présentaient des scores significativement plus bas concernant cette même mesure d'estime de soi maternelle que le groupe de femmes ayant des idées suicidaires plus faibles. Les résultats de cette étude indiquent aussi que les mères du groupe ayant des idées suicidaires élevées ont l'impression d'être moins préparées à la maternité, qu'elles perçoivent l'expérience de la maternité comme plus stressante et qu'elles expérimentent une perte d'identité plus grande que celles ayant des idées suicidaires plus faibles. Concernant les relations avec les enfants, les résultats indiquent que les mères anticipaient plus de relations problématiques avec leurs enfants et qu'elles rapportent des interactions plus dysfonctionnelles et pénibles avec leurs enfants que les mères présentant des idées suicidaires plus faibles.

Une étude prospective de Londres dirigée par Gordon et ses collaborateurs (2019) a étudié les relations entre les idées suicidaires des mères et les interactions mères-enfants à travers 545 dyades de mères et de leurs enfants âgés de 3 mois. Les résultats n'ont décelé aucune association entre les mères présentant un historique d'idées suicidaires et les interactions mères-enfants. Par contre, le

fait de rapporter des idées suicidaires lors de la période périnatale (28 semaines de grossesses et 3 mois post-partum) était significativement associé à des comportements maternels plus contrôlants, à des comportements plus compulsifs chez les nouveau-nés et à des niveaux globaux plus faibles de synchronie dyadique

Les résultats d'une étude réalisée au Brésil (Faisal-Cury et al., 2021), auprès d'un échantillon clinique de 358 femmes ayant de faibles revenus et présentant des symptômes de dépression anténatale, ont montré des associations significatives entre la présence d'idées suicidaires chez les mères et des difficultés dans les liens mères-enfants à 6-9 mois post-partum, et ce, même après avoir contrôlé pour les symptômes dépressifs. Les difficultés dans les relations mères-enfants étaient représentées par quatre facteurs du *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), soit l'altération des liens de manière générale, le rejet et la colère pathologique, l'anxiété vis-à-vis du nourrisson et le risque d'abus (Brockington et al., 2006). Les résultats de cette étude concordent avec ceux de l'étude de Sockol et ses collaborateurs (2014), qui ont aussi rapporté que, dans un échantillon clinique de femmes souffrant de conditions psychiatriques périnatales, les mères rapportant des comportements suicidaires avaient des niveaux significativement plus élevés aux sous-échelles du PBQ comparativement aux mères ne rapportant pas de comportements suicidaires. Ces résultats corroborent également l'hypothèse de la contribution des comportements suicidaires, au-delà des symptômes dépressifs.

L'étude de Brakenhoff et ses collaborateurs (2017) comporte 183 dyades mères-enfants et avait pour but d'explorer l'effet des pratiques parentales (surveillance, acceptation et support à l'autonomie de l'enfant) sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants (âgés entre 8 et 16 ans) auprès d'une population de mères ayant des idées suicidaires et un trouble d'abus de substance (drogue et/ou alcool). Les résultats n'ont pas permis de montrer l'influence bénéfique des pratiques parentales sur les comportements des enfants des mères qui rapportent des idées suicidaires (n=39; 21,3%), contrairement à ce qui est observé chez les enfants de mères sans idées suicidaires, qui eux en bénéficient. Les idées suicidaires semblent donc être un facteur de risque

important dans ce contexte, car malgré la présence de pratiques parentales positives, les enfants de mères présentant des idées suicidaires étaient plus à risque de développer des comportements problématiques.

Il y a également l'étude de Mebrahtu et ses collaborateurs (2020) menée auprès d'un échantillon de femmes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (n=562), qui s'est intéressée au développement cognitif des enfants dans un contexte de comportements suicidaires maternels. Pour ce faire, les idées suicidaires des mères et le fonctionnement cognitif général des enfants ont été évalués à deux reprises, soit lors du recrutement puis douze mois plus tard. Les enfants étaient âgés de 3 ans et moins lors de la deuxième évaluation. Cette étude africaine a trouvé des associations significatives entre les idées suicidaires maternelles et les performances cognitives des enfants de cet échantillon. Effectivement, les résultats ont indiqué que les moyennes les plus basses dans les différents domaines de développement cognitif (langage réceptif, réception visuelle et score global) correspondaient aux enfants des mères ayant des idées suicidaires émergentes (aucune idée suicidaire lors du recrutement et présence d'idées suicidaires à l'évaluation 12 mois plus tard) en comparaison aux enfants des autres groupes de mères. Les résultats soutiennent les données de l'étude de Martini et ses collaborateurs (2019), selon lesquelles les enfants de mères présentant des comportements suicidaires avaient des scores de développement neuropsychologique significativement plus bas à quatre mois, que ceux des enfants de mères sans comportements suicidaires.

Malgré l'avancement des connaissances dans ce domaine, il y a d'importantes lacunes qui persistent dans les études sur les liens entre les comportements suicidaires des mères et les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants. Les lacunes concernent notamment les échantillons étudiés (clinique, psychiatrique), le peu de variété dans l'âge des enfants étudiés (nouveau-né ou adolescent) et la difficulté à opérationnaliser les comportements suicidaires à travers les études. Ces lacunes sont élaborées plus en détail dans l'article.

1.6 Modèle théorique

1.6.1 Modèle théorique

Le modèle théorique proposé par Goodman et Gotlib (1999), a fréquemment été cité et utilisé afin de comprendre les mécanismes de transmission sous-jacents aux associations entre la dépression maternelle et les risques de psychopathologie chez les enfants. Bien que ce modèle concerne la dépression maternelle et n'élabore pas sur les comportements suicidaires en soi, il est tout de même pertinent de l'évoquer brièvement avant de présenter la transmission intergénérationnelle. Une des composantes pertinentes de ce modèle intégratif inclut quatre mécanismes possiblement impliqués dans ce processus de transmission, soit 1) la prédisposition génétique, 2) la dysfonction innée de neurorégulateurs interférant avec la régulation émotionnelle, 3) l'exposition aux cognitions, comportements et affects négatifs ou inadaptés de la mère et 4) l'exposition à un environnement stressant. Dans ce modèle, les mécanismes présentés agiraient comme variable médiatrice (Goodman, 2007; Piché et al., 2008).

D'abord, il y a le mécanisme de prédisposition génétique qui propose que la variance de la dépression majeure chez les adultes serait expliquée par les effets génétiques de 26 à 42%. Par contre, la variance dans le facteur génétique de la dépression chez les enfants varie beaucoup d'une étude à l'autre (Goodman, 2007). De plus, les études ne semblent pas avoir trouvé de gène particulier qui serait officiellement associé à la dépression majeure ou à la transmission du risque de la dépression maternelle à leurs enfants. (Goodman, 2007). Le deuxième mécanisme indique que la dysfonction innée de neurorégulateurs, possiblement en lien avec des expériences prénatales défavorables, interfère avec la régulation émotionnelle, ce qui augmente la vulnérabilité à la dépression (Goodman, 2007; Goodman et Gotlib, 1999). Goodman (2007) rapporte qu'il y a davantage d'études qui proposent des associations entre les effets du stress et de l'humeur maternelle prénatale sur le fœtus, qui augmentent les facteurs de risque au développement de ce dernier son développement, notamment des facteurs tels que l'exposition à une médication d'antidépresseurs, des taux élevés de cortisol et des mauvaises habitudes de vie (Diego et al., 2004; Gitau et al., 2001; Glover, 2014). Le troisième mécanisme avance que l'exposition aux cognitions,

aux comportements et aux affects négatifs ou inadaptés de la mère comporterait des risques sur le développement des psychopathologies des enfants, à travers les processus d'apprentissage sociaux. Cela suggère que ce serait le développement des cognitions, des comportements et des affects semblables à ceux de leurs parents, par des processus d'apprentissage par observation, de modélisation et de renforcement, qui augmenterait le risque que ces enfants vivent une dépression. (Goodman, 2007). Plusieurs études soutiennent les processus contenus dans cette proposition, puisque la dépression vécue par la mère augmenterait le risque d'exposition répétée à des cognitions, comportements et affects négatifs, le risque d'utiliser des pratiques parentales coercitives et hostiles, de même que le risque d'exposer l'enfant à des difficultés de régulation et d'expression des émotions (Goodman, 2007; Lovejoy, 2007; Garber et al., 1991). Finalement, le quatrième mécanisme suggère que la dépression maternelle augmente l'exposition au stress chez l'enfant par différents facteurs, que ce soit par l'utilisation de pratiques parentales coercitives, par les conflits maritaux, par les stressors chroniques présents dans les contextes de dépression, par les facteurs de risque contextuels et par la pauvreté (Goodman, 2007). Il est avancé que c'est cette exposition au stress qui joue un rôle médiateur dans l'association entre la dépression maternelle et le développement de psychopathologie chez les enfants (Goodman, 2007).

Il est important de mentionner qu'à travers ce modèle on retrouve également une variété de variables pouvant jouer un rôle dans l'émergence des vulnérabilités chez l'enfant. Les vulnérabilités évoquées sont représentées à travers différentes sphères de fonctionnement, comprenant des aspects psychobiologiques, cognitifs, affectifs et comportementaux (Goodman et Gotlib, 1999). Ce sont donc des facteurs comme la disponibilité et la santé mentale de l'autre parent, la période, la récurrence et la gravité de la dépression de la mère et finalement les caractéristiques de l'enfant, tels que le tempérament, le genre, les habiletés intellectuelles, sociales et cognitives qui agiraient comme variables modératrices dans ce modèle (Goodman et Gotlib, 1999; Piché et al., 2008) Bien que les composantes de ces mécanismes et vulnérabilités sont présentées séparément dans le présent contexte, le modèle théorique propose qu'elles soient interreliées et interagissent les unes avec les autres afin d'expliquer comment la dépression maternelle peut être liée au développement de l'enfant. Il est pertinent de souligner que le présent travail de recherche ne teste pas un modèle en soi et n'étudie pas tous les éléments s'inscrivant

dans le présent modèle. Par contre, il est intéressant d'observer le cadre général dans lequel s'inscrit ce modèle afin de mieux comprendre comment la dépression maternelle et les comportements suicidaires peuvent avoir des associations avec le développement des enfants.

1.6.2 Transmission intergénérationnelle

La transmission intergénérationnelle du risque des comportements suicidaires sera également abordée. Lizardi et ses collaborateurs (2009) suggèrent que la relation entre l'historique familial de comportements suicidaires et les comportements des enfants est principalement forte lorsque ce sont des relations de premier et deuxième degré. La récente revue de littérature systémique de Goodday et ses collaborateurs (2019), qui a analysé l'exposition des psychopathologies parentales sur les risques des comportements suicidaires des enfants, indique que les enfants, les adolescents et les jeunes adultes ayant été exposés tôt dans la vie, à une tentative de suicide ou au décès par suicide, présentent un risque accru de présenter des comportements suicidaires eux-mêmes (pensées suicidaires, tentatives de suicide ou décès par suicide) au cours de leur vie, principalement lorsque l'exposition provient de la mère.

Une étude intéressante sur la transmission familiale des comportements suicidaires a été produite par Lieb et ses collaborateurs (2005). Celle-ci comptait 933 adolescents allemands, âgés entre 14 et 24 ans, pour lesquels l'information sur le diagnostic de leur mère biologique était disponible. Les résultats révèlent une forte association entre les mères ayant fait des tentatives de suicide et la présence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide chez leurs enfants. Une autre association, plus faible cependant, a aussi été trouvée entre les mères présentant des idées suicidaires et la présence d'idées suicidaires chez leurs enfants. La force de l'association semble être en relation avec la gravité des comportements suicidaires de la mère, selon le continuum de comportements suicidaires. En effet, les auteurs ont rapporté que le risque d'avoir des idées suicidaires et de faire une tentative de suicide était cinq fois plus élevé pour les enfants de mères présentant des idéations suicidaires. Tandis que les enfants de mères ayant fait des tentatives de suicide seraient neuf fois

plus à risque d'avoir des idées suicidaires et des tentatives de suicide que la progéniture des mères sans tendance suicidaire. De manière générale, les résultats obtenus par Lieb et ses collaborateurs (2005) allaient dans le même sens que ceux trouvés plus tard dans l'étude de Geulayov et ses collaborateurs (2014). Ces derniers ont étudié 4396 dyades mères-enfants et les résultats illustrent que les enfants des mères ayant fait une tentative de suicide étaient trois fois plus à risque d'avoir eu des idées suicidaires et des comportements d'automutilation avec intention, à l'âge de 16 ans, que les enfants des mères n'ayant pas d'historique de tentatives de suicide. La dépression maternelle de la mère au cours de la grossesse avait été évaluée et ajustée dans les associations de cette étude.

Concernant les effets de sexe sur les études réalisées, les résultats trouvés dans les études présentées (Lieb et al., 2005; Geulayov et al., 2014) confirment ceux de Qin et ses collaborateurs (2002) à savoir qu'il n'y avait pas d'interaction de sexe, donc que le risque de transmission familiale agit de manière similaire chez les garçons et les filles.

1.7 Objectifs et hypothèses de recherche

Devant l'ampleur des conséquences liées à cette problématique et les importantes lacunes qui persistent dans la littérature, ce projet vise à enrichir les connaissances sur les comportements suicidaires maternels. Il vise également à combler certaines limites des études antérieures, principalement par l'échantillon communautaire et par les données des enfants qui participent à notre étude, qui couvrent la période allant de la petite enfance à 7-8 ans. L'objectif principal de cette recherche consiste à étudier les liens entre la dépression maternelle, les comportements suicidaires maternels depuis la naissance de l'enfant et les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants (entre l'âge de 2 ans à 7-8 ans). Afin d'aborder cet objectif, une variable d'historique de dépression maternelle et de comportements suicidaires a été créée. Cette variable comprend cinq groupes : [(1) sans historique de dépression ou de comportements suicidaires, (2) dépression/comportements suicidaires avant la naissance, (3) dépression sous-clinique depuis la naissance, (4) historique probable de dépression clinique depuis la naissance et (5) comportements

suicidaires depuis la naissance)]. Plus de détails sont présentés dans la section suivante. Ces différents groupes de mères seront étudiés en relation avec le développement des symptômes intériorisés et extériorisés de leurs enfants de l'âge de 2 ans jusqu'à 7-8 ans à travers des scores moyens.

Dans le but de répondre à notre objectif principal, il est pertinent, dans un premier temps, de décrire notre échantillon de manière détaillée afin de bien caractériser nos différents groupes. Le premier sous-objectif de cette étude sera donc descriptif. Plus précisément, il consiste à illustrer les caractéristiques des femmes de notre échantillon à travers différentes variables (âge, éducation, statut conjugal, revenu familial, etc.) et d'évaluer si le groupe de mères qui rapporte des comportements suicidaires possède certains facteurs de risque spécifiques en comparaison avec les autres groupes de femmes combinés et également en comparaison avec le groupe de mères avec un historique probable de dépression clinique (DépClin) uniquement. Le second sous-objectif consiste à étudier si les enfants des mères ayant un historique probable de dépression clinique (DépClin) et des mères du groupe CS avaient plus de symptômes intériorisés et extériorisés que les enfants du groupe de mère sans historique de dépression (SD). Le troisième sous-objectif a pour but d'explorer la contribution des comportements suicidaires en comparaison avec les mères ayant un historique de dépression maternelle sans comportements suicidaires, en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants. Finalement, nous savons que dans le contexte de dépression maternelle, les associations peuvent être modérées par le sexe de l'enfant (Bernard-Bonnin, 2004; Foster et al., 2008; Goodday et al., 2019; Grace, Evindar et Stewart, 2003; Connelly et O'Connell, 2022). Par contre, il y a très peu d'information à ce sujet, dans le contexte des idées suicidaires. On souhaite donc observer si le sexe de l'enfant modère les liens dans le cadre de notre étude.

L'hypothèse pour le premier sous-objectif, est basé sur les observations des études antérieures et propose que les femmes ayant des comportements suicidaires pourraient avoir davantage de facteurs de risques individuels, comme le fait d'avoir vécu une dépression anténatale (Shi et al., 2018) et des facteurs de risques reliés au milieu de vie, comme être sans partenaire (Mebrahtu et

al., 2020), avoir accouché à un jeune âge (Gordon et al., 2019), avoir un niveau d'éducation (Lieb et al., 2005) et un statut socioéconomique plus faible (Martini et al., 2019). Concernant le deuxième sous-objectif, on s'attend à ce que les mères ayant un historique probable de dépression (DépClin) et de comportements suicidaires (CS) depuis la naissance de l'enfant rapportent des scores plus élevés de symptômes intériorisés et extériorisés que les mères n'ayant pas rapporté d'historique de dépression depuis la naissance de l'enfant (Fihrer et al., 2009). Au sujet de la troisième hypothèse, nous savons que les comportements suicidaires sont des signaux de détresse importants, qui ne peuvent être ignorés. Cependant, il y a très peu de données au sujet de la contribution des comportements suicidaires en comparaison avec un historique de dépression sans comportements suicidaires. C'est pourquoi les hypothèses de ce sous-objectif sont exploratoires. Cependant dans un tel contexte, nous pourrions nous attendre à ce que les enfants du groupe de mères ayant eu des comportements suicidaires depuis la naissance de leur enfant (idées suicidaires et tentatives de suicide) présentent plus de symptômes intériorisés et extériorisés de l'âge de 2 ans jusqu'à 8 ans que les enfants de mères rapportant un historique probable de dépression. Finalement, les hypothèses concernant la modulation du sexe à travers ces associations sont également exploratoires, car les effets spécifiques sur le sexe trouvés dans la littérature concernent principalement la dépression maternelle et que les résultats semblent différer dépendamment de la période à laquelle on évalue les enfants et des éléments du développement qui sont évalués (Bernard-Bonnin, 2004; Foster et al., 2008; Goodday et al., 2019; Grace, Evindar et Stewart, 2003; Connelly et O'Connell, 2022).

1.8 Présentation brève de l'étude d'Émigarde

Ce présent essai utilisera les données et les résultats de l'étude Émigarde (Étude en Milieu de Garde), une étude longitudinale sur les expériences de vie en milieu de garde et le développement psychosocial de l'enfant. Émigarde est une étude essentiellement québécoise, qui a recruté son échantillon à partir d'une étude plus large, soit la "Montreal Prematurity Study" qui se déroulait dans 4 hôpitaux de Montréal, soit l'Hôpital Royal-Victoria, le Général Juif, Saint-Luc et Maisonneuve-Rosemont (Kramer et al., 2001). C'est à partir de cet important bassin de sujets que les participants pour l'étude Émigarde ont été recrutés à partir de l'âge de 2 ans (Côté et al., 2013).

Il est important de mentionner que cette étude ne visait pas les enfants prématurés, comme l'étude de Kramer et al. (2001) l'avait fait. Cette étude cible les familles dont les enfants sont nés entre juin 2003 et avril 2004. Les nouveau-nés ayant été hospitalisés à la naissance ou ayant été diagnostiqués avec une déficience ont été exclus de cette étude. Tout comme les mères adolescentes et celles qui ne parlaient pas le français ou l'anglais. (Côté et al., 2013).

Le projet a été approuvé par un comité d'éthique institutionnel, les parents devaient remplir un formulaire de consentement avant chaque collecte et le respect de la confidentialité a été respecté en tout temps. Les familles participantes étaient invitées à prendre part à l'étude tous les douze mois. Elles ont été évaluées à cinq intervalles de temps, soit lorsque les enfants avaient 2 ans (T1:2005-2006, N=496), 3 ans (T2:2006-2007, N=423), 4 ans (T3: 2007-2008, N=395), 5 ans (T4: 2010-2011, N=311) et 7-8 ans (T5:2011-2012, N=338). Les procédures des collectes étaient similaires à travers le temps. Elles comprenaient une entrevue à domicile avec un assistant de recherche et la mère, ainsi que la passation de questionnaires auto-administrés avec différents répondants (mère, père et enseignants) qui devaient être retournés aux responsables de l'étude par voie postale une fois complétés. Toutes ces données étaient ensuite amassées par l'équipe en charge du projet et partagées à travers les chercheurs associés. À noter, que je n'ai pas participé aux collectes de données de cette étude. Mon rôle a été de contribuer à la catégorisation des femmes de cette étude, par la cotation des épisodes dépressifs et des comportements suicidaires, à travers les données des questionnaires et l'écoute de certaines entrevues du *Structured Clinical Interview for DSM disorder (SCID)*.

1.8.1 Mesures

Le regroupement des mères selon leur historique de dépression maternelle et de comportements suicidaires est la variable indépendante de l'étude. Étant donné qu'il s'agit d'une variable centrale à cet essai, les détails concernant ce regroupement seront expliqués dans cette section. Les données du *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* et du *Structured Clinical Interview for DSM disorder*

(SCID) ont été utilisées afin d'évaluer la dépression maternelle et les comportements suicidaires des mères de notre étude. Le DIS a été utilisé lors de la première collecte et le SCID a quant à lui été administré à la collecte T5. Les deux outils ont donc été utilisés en complémentarité afin d'identifier les mères ayant vécu un épisode dépressif ou des comportements suicidaires de la naissance de l'enfant jusqu'à la collecte T5, soit lorsque les enfants étaient âgés de 7-8 ans. Les deux outils comprenaient entre autres des questions au sujet des symptômes de dépression, de la présence de comportements suicidaires, de la fréquence de ces symptômes, de la période de référence, ainsi que des détails sur les conséquences des symptômes sur le fonctionnement de ces femmes. Par contre, une des distinctions importantes entre le DIS et le SCID, concerne la question de dépistage présente dans le DIS, où seulement les femmes ayant répondu positivement à la question sur la présence d'une période de deux semaines ou plus de déprime ou de tristesse avait accès aux questions suivantes, contrairement au SCID, où toutes les questions étaient posées, sans conditions. Il se peut donc que certaines femmes ayant eu des comportements suicidaires, sans présence de symptômes de déprime ou de tristesse pour une période de deux semaines, n'aient pas été identifiées avec le DIS. Par contre, l'évaluation des symptômes dans le SCID était rétroactive, cela permettait donc de compléter les données du DIS. Cela reste tout de même une limite à mentionner au sujet des outils utilisés.

Les 306 familles participantes à l'étude, ont donc été catégorisées à travers cinq groupes de mères, à partir de ces variables sur les symptômes dépressifs et de comportements suicidaires. Les familles dont la mère n'avait jamais vécu d'épisode dépressif ou de comportements suicidaires forment notre premier groupe, identifié sous le nom de: « Sans historique de dépression, SD ». Ce groupe de mères représente d'ailleurs le groupe contrôle (N=170) dans le deuxième sous-objectif. Différents critères sont ensuite utilisés pour catégoriser les femmes à travers les quatre autres groupes. Dans un premier temps, il s'agit du critère de temps, qui détermine la période à laquelle les mères ont vécu leurs plus récents épisodes dépressifs ou de comportements suicidaires. Ce critère a d'abord été mis en place afin de bien distinguer les épisodes dépressifs et les comportements suicidaires vécus avant ou depuis à la naissance de l'enfant. C'est donc à partir de ce critère que le groupe de mères « Avant Naissance, AvNaiss » a été créé. Il représente les femmes ayant vécu un épisode probable de dépression avant la naissance de l'enfant (N=34) et il permet de bien délimiter les

femmes du groupe contrôle et celles ayant vécu leur épisode dépressif avant la naissance de l'enfant. Dans un deuxième temps, il s'agit du critère de la présence de comportements suicidaires depuis la naissance de l'enfant. Les femmes ayant eu des idées suicidaires ou ayant fait une tentative de suicide depuis la naissance de leurs enfants se retrouvaient automatiquement dans notre groupe d'intérêt « Comportements suicidaires, CS » (N=38), peu importe le nombre de symptômes dépressifs présents depuis la naissance de l'enfant. Dans un troisième temps, les femmes ayant vécu un épisode dépressif de deux semaines ou plus depuis la naissance de leur enfant et ne rapportant pas de comportements suicidaires étaient finalement divisées en deux sous-groupes correspondant à l'intensité de leur épisode vécu suite à la naissance de leur enfant. L'intensité de l'épisode vécu était déterminée par le nombre de symptômes dépressifs présents et l'altération du fonctionnement. La présence de cinq symptômes et plus accompagnée du fonctionnement altéré de la mère indiquait le groupe de mère avec un « historique probable de dépression clinique, DépClin » (N=36). Tandis que le groupe de mère avec un « épisode dépressif sous-clinique, SousClin » (N=28) était représenté par les mères ayant expérimenté cinq symptômes dépressifs (ou plus) sans altération dans leur fonctionnement ou par celles ayant exprimé avoir vécu quatre symptômes dépressifs et un fonctionnement altéré.

Un tableau représentant les différents critères est présenté dans l'annexe A et les procédures supplémentaires en lien avec la création de cette variable sont décrites en détails dans l'article. Un organigramme est également présenté dans la prochaine section afin de faciliter la compréhension de la création des groupes.

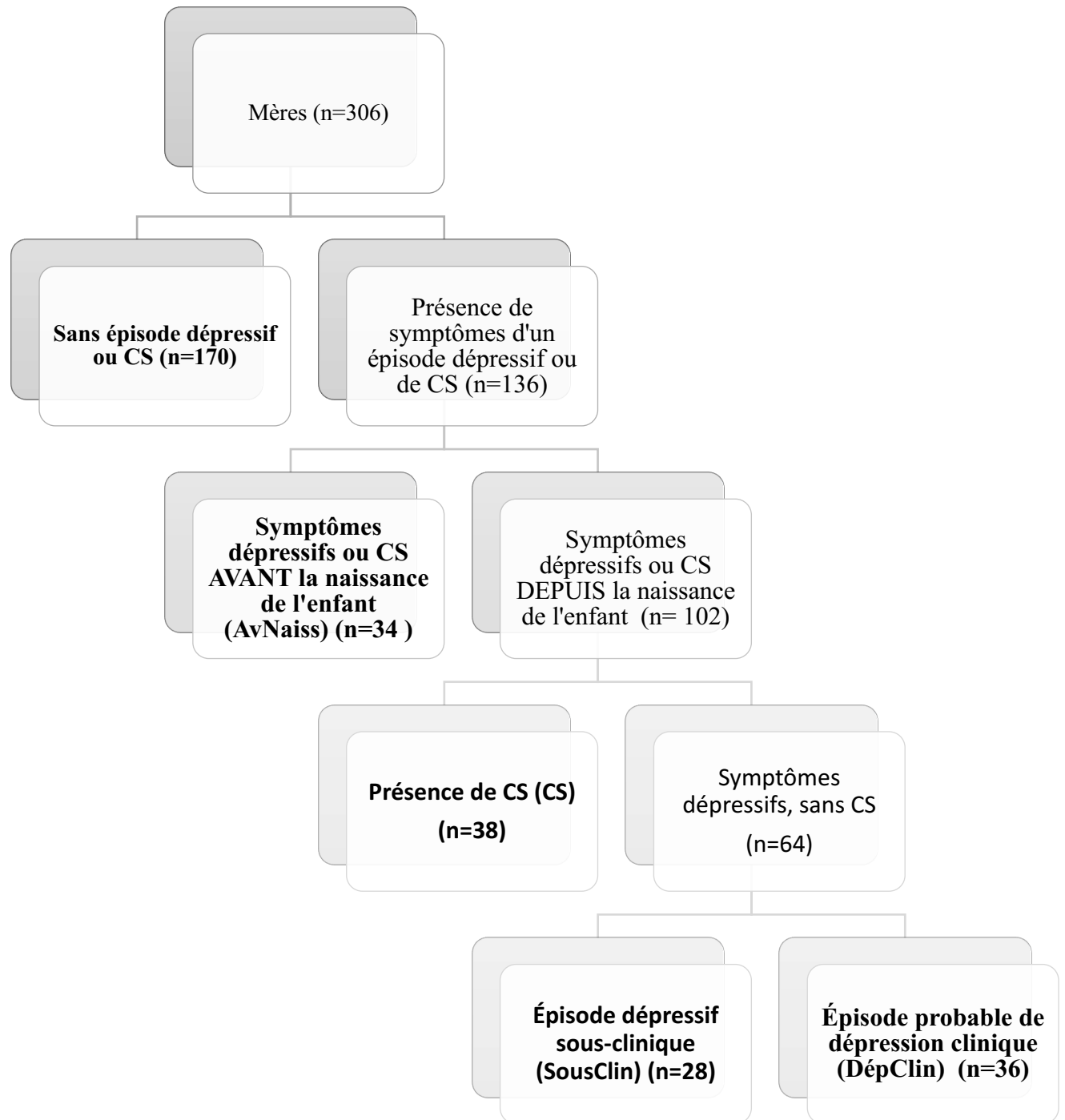
Les variables dépendantes sont les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant, qui ont été évalués à chaque point de temps par la mère de l'enfant à travers un questionnaire auto-administré. Ce questionnaire a été validé au Québec et c'est à partir de cette mesure que les échelles globales de symptômes intériorisés et extériorisés étaient d'abord observées, puis les sous-échelles par la suite. Pour les analyses statistiques de cette étude, les scores de chaque échelle et sous-échelles ont été comptabilisés et analysés sous forme de moyennes, avec minimalement les scores de trois

collectes sur cinq (entre les âges de 2 ans à 7-8 ans). Les détails concernant ces variables sont élaborés dans l'article.

Les variables de contrôle ayant été jugées pertinentes pour notre étude comprennent différentes caractéristiques de la mère, de leur situation familiale, de leur contexte sociodémographique et de l'enfant. La variable de pratiques parentales coercitives fait également partie des variables de contrôle, comme cet élément semble jouer un rôle dans les associations entre la dépression maternelle et le développement des symptômes intériorisés et extériorisés des enfants (Hails et al., 2018; Slomian, 2019). C'est d'ailleurs un des éléments du modèle théorique de Goodman et Gotlib (1999), qui propose que la dépression maternelle augmente l'exposition au stress chez l'enfant par différents facteurs, entre autres par l'utilisation de pratique parentale coercitive (Goodman, 2007).

Les variables utilisées pour les analyses descriptives, en réponse à notre premier sous-objectif ont toutes été divisées en catégorie dichotomique. Certaines ont été évalué à la première collecte de données (T1) : l'âge de la mère à la naissance de l'enfant (21 ans et moins versus 22 ans et plus), l'éducation de la mère (études secondaires partielles ou complétées versus études post-secondaires) et le revenu familial (codé par suffisance et insuffisance de revenus selon un seuil établi par Statistique Canada). La variable de statut conjugal a été comptabilisée sur les données des cinq collectes (en couple versus célibataire sur 3 points de temps et plus). Tandis que, la variable consultation au médecin (oui ou non) a été comptabilisé sur les données du T1 et du T5 avec le DIS et le SCID. Des variables ont aussi été évalué à la dernière collecte de données (T5) : prise de médication pour trouble de l'humeur (oui ou non) et consommation de drogue (cannabis ou autre) au cours des 12 derniers mois (oui ou non). Finalement, la variable de symptômes dépressifs durant la grossesse a été évalué lors de la grossesse, préalablement au T1 de l'étude et était représentée par des scores élevés (16 ou plus) de la mesure du *The Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D) (Radloff., 1977).

1.8.2 Organigramme de l'échantillon



Des analyses descriptives et des régressions ont été produites afin de répondre aux hypothèses de cet essai. L'article en question est présenté dans le chapitre suivant.

**CHAPITRE 2 ARTICLE : ASSOCIATIONS LONGITUDINALES ENTRE LA
DÉPRESSION, LES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES MATERNELS ET LE
DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS**

ASSOCIATIONS LONGITUDINALES ENTRE LA DÉPRESSION, LES COMPORTEMENTS
SUICIDAIRES MATERNELS ET LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS

(ARTICLE SCIENTIFIQUE soumis à la *Revue québécoise de psychologie*)¹

Auteurs :

Anne-Sophie GUAY, Catherine M. HERBA, Stéphane PAQUIN, Jean R. Séguin, Richard E.
Tremblay, Sylvana M. Côté

¹ À noter que l'article et les références de celui-ci sont présentés selon les normes exigées par la revue

RÉSUMÉ

La présente étude illustre le portrait des mères présentant des comportements suicidaires (CS) et étudie les associations entre les mères ayant un historique probable de dépression clinique (DépClin) et celles ayant des CS en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant, avec un échantillon communautaire du Québec, incluant 306 dyades. Différents facteurs de risque sont associés au groupe de mères CS en comparaison aux autres femmes. Les mères des groupes DépClin et CS rapportent davantage de symptômes intériorisés chez leurs enfants que les mères sans historique de dépression. Plusieurs associations sont modérées par le sexe.

Mots-clés: dépression maternelle, comportements suicidaires maternels, symptômes intériorisés, symptômes extériorisés, études longitudinales

RÉSUMÉ ANGLAIS

The present study aims to characterize mothers exhibiting suicidal behaviors (SB). We also study the associations between mothers with a probable history of clinical depression and those with SB in relation to internalizing and externalizing behaviors of the child, within a community sample of 306 mother-child dyads in Quebec. Different risk factors are associated with the group of mothers with SB compared to the other women in our study. Mothers with probable history of clinical depression and SB reported more internalizing symptoms in their children compared with mothers without a history of depression. Several associations are moderated by sex.

Keywords: maternal depression, maternal suicidality, internalized symptoms, externalized symptoms, longitudinal study

DÉPRESSION ET COMPORTEMENTS SUICIDAIRES MATERNELS

La dépression fait partie des troubles de santé les plus courants au Canada (Puyat & al., 2013). Les femmes sont plus à risque de vivre une dépression que les hommes (Albert, 2015). Par ailleurs, la période entourant la périnatalité est particulièrement propice à la dépression (Parsons, Young, Kringelbach, Stein & Rochat, 2012). À ce propos, les données de la revue de littérature de Gelaye Rondon, Araya et Williams (2016) révèlent des taux de dépression anténatale de 7 à 15% et de 10% pour les dépressions post-partum dans les pays à revenus élevés. Dans les pays à bas et moyens revenus, ces taux sont respectivement de 19 à 25% pour les dépressions anténatales et de 20% pour les dépressions post-partum.

Malgré les risques élevés de dépression chez les femmes durant la période post-partum, les comportements suicidaires (CS) chez les femmes durant la grossesse et la période post-partum ne semblent pas être plus élevés que ceux dans la population générale féminine en âge de procréer (Vichi & al., 2021). Par contre, ces taux sont considérablement plus élevés chez certains groupes de femmes, comme celles souffrant de dépression, ayant des diagnostics de trouble psychiatrique, les mères adolescentes et celles vivant dans des conditions sociodémographiques plus à risque (Lindahl, Pearson & Colpe, 2005; Vichi & al., 2021). La prévalence des idées suicidaires durant la période périnatale varie beaucoup selon la méthode et la période d'évaluation, ainsi que les caractéristiques de l'échantillon. À ce sujet, les travaux de Gelabert & al., (2020), indiquent un taux d'idéations suicidaires similaires à 8 mois post-partum, soit de 7% auprès d'un échantillon de 1795 femmes de la population générale. De plus, ils affirment qu'à travers ce 7% de femmes ayant rapporté des idées suicidaires, 62% ont vécu un épisode de dépression majeure à 8 semaines post-partum et 70% à 8 mois post-partum. Ces données montrent la forte association existante entre la dépression et les comportements suicidaires (CS) (Vichi & al., 2021).

L'information sur les taux de tentatives de suicide des femmes durant la grossesse et la période post-partum est très limitée. Une première méta-analyse incluant 14 études, effectuée par Rao et al. (2021) indique une prévalence de tentative de suicide de 680 par 100 000 durant la période de la grossesse et de 210 par 100 000 pour la première année post-partum. On retrouve l'étude canadienne de Mota et al. (2019) qui ont rapporté des tentatives de suicide à différentes périodes sur leur échantillon de 45 362 femmes

ayant donné naissance entre 2011 et 2014: pré-grossesse (n=54; 0,12%), grossesse (n=12; 0,03%) et post-partum (n=25; 0,06%). Finalement, il y a également l'étude européenne de Gressier, Guillard, Cazas, Falissard, Glangeaud-Freudenthal & Sutter-Dallay (2017) qui comprend un échantillon clinique de 1 439 femmes souffrant d'un trouble psychiatrique, dont les données rapportent 154 tentatives de suicide (11,68%) qui ont eu lieu lors de la grossesse (n=49) et la période post-partum (n=105).

DÉPRESSION MATERNELLE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Plusieurs études ont démontré des liens entre la dépression maternelle et différents éléments, tels que les difficultés vécues par les femmes elles-mêmes, la qualité de la relation mère-enfant, ainsi que le risque de problèmes développementaux et d'adaptation psychologique chez les enfants (Beck & Indman, 2005; Paris, Bolton & Weinberg, 2009; Wisner & al., 2013). En effet, il y a des évidences que la dépression maternelle est associée à des risques plus élevés de difficultés chez les enfants dans différentes sphères (cognitive, motrice, affective, langage, sociale, scolaire, physique, sommeil, stress) (Bernard-Bonnin, 2004; Slomian & al., 2019). Il a été rapporté que cette diversité de conséquences possibles chez l'enfant est un enjeu qui ne se limite pas à l'enfance, mais qui peut perdurer à plus long terme, jusqu'à l'âge préscolaire, scolaire (Fihrer, McMahon & Taylor, 2009; O'Connor, Langer & Tompson, 2017) et même à l'âge adulte (Goodday, Bondy, Sutradhar, Brown & Rhodes, 2019). Des études ont également rapporté des associations significatives entre les symptômes de dépression maternelle et des pensées et tentatives suicidaires chez leur enfant (Hammerton & al., 2015; Goodday & al., 2019). En bref, les enfants de mères présentant un historique de dépression sont entre autres plus à risque d'une variété de troubles psychiatriques, de problèmes de santé physique et de difficultés comportementales, incluant davantage de symptômes intériorisés et extériorisés que les enfants de mère sans dépression (Ahun & al., 2018; Conroy & al., 2012; Feldman, Granat, Pariente, Kanety, Kuint & Gilboa-Schechtman, 2009; Gelaye & al., 2016; Goodman, Rouse, Connell, Broth, Hall & Heyward, 2011; Herba & al., 2016; Letourneau, Tramonte & Willms, 2013; Murray, Arteché, Fearon, Halligan, Goodyer & Cooper, 2011; Naicker, Wickham & Colman, 2012). Ces divers liens entre la dépression maternelle et le développement des enfants ont été illustrés à travers des études portant sur des femmes rencontrant de manière clinique les critères diagnostics de dépression majeure (O'Connor & al., 2017), mais également à travers des études utilisant des symptômes dépressifs

et des historiques de dépression auto-rapportés (Herba & al., 2013, Gelaye & al., 2016). Concernant les différences entre les sexes reliées aux associations de la dépression maternelle, on constate que les résultats varient selon les problématiques étudiées ainsi que l'âge auquel les enfants sont observés (Bernard-Bonnin, 2004; Goodday & al., 2019; Grace, Evindar & Stewart, 2003).

LIENS ENTRE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES MATERNELS ET DÉVELOPPEMENT ÉMOTIONNEL ET COMPORTEMENTAL DE L'ENFANT

L'intérêt pour la problématique des CS maternels prend de l'ampleur depuis quelques années. La littérature existante aborde différents enjeux liés aux CS tels que: la transmission des CS (Brent & Mann, 2005; Lieb, Bronisch, Hofler, Schreier & Wittchen, 2005; Lizardi, Sher, Sullivan, Stanley, Burke & Oquendo, 2009), les facteurs de risque reliés au CS périnatal (Martini & al, 2019), les liens entre les CS des mères au cours de la grossesse et les complications obstétriques et néonatales (Gandhi & al., 2006) et les impacts d'un parent décédé par suicide chez les enfants et les adolescents (Gutierrez, 1999; Kuramoto, Brent & Wilcox, 2009; Pfeffer, Karus, Siegel & Jiang 2000). Malgré l'avancement des connaissances dans ce domaine, d'importantes lacunes persistent, notamment sur les liens entre les CS des mères et les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants. Il manque également des informations sur les différences entre les mères présentant des CS et celles ayant un historique de dépression à travers ces liens.

Quelques études se sont intéressées aux CS des mères et à la relation mère-enfant. Entre autres, il y a Paris et al. (2009) qui ont étudié la relation entre les CS (faibles et élevés) des mères et les interactions mères-enfants auprès d'un échantillon clinique de femmes présentant une dépression post-partum. Les résultats montrent que les mères présentant des CS élevés se sentaient significativement moins préparées à leur rôle de mère. En outre, les mères présentaient des scores significativement plus bas concernant leur estime de soi maternelle et leur perception d'efficacité parentale. Elles anticipaient également plus de relations problématiques avec leur enfant. Les résultats indiquent aussi qu'elles expérimentaient une perte d'identité plus importante, qu'elles percevaient l'expérience de la maternité comme plus stressante et

considéraient les interactions avec leur enfant de manière significativement plus dysfonctionnelle et pénible que les mères présentant des CS plus faibles.

L'étude prospective de Gordon et al. (2019) à Londres comporte 545 dyades mères-enfants et avait pour but d'explorer les relations entre l'historique à vie d'idées suicidaires, les idées suicidaires en période périnatale (28 semaines de grossesses et 3 mois post-partum) et les interactions mères-enfants, lorsque les enfants étaient âgés de 3 mois. Les auteurs avancent que les idées suicidaires rapportées à 3 mois post-partum par les mères étaient associées significativement à des comportements maternels plus contrôlants, des comportements plus compulsifs chez les nouveau-nés et des niveaux globaux plus faibles de synchronie dyadique que les mères ne présentant aucune idéation suicidaire. Toutefois, aucune association n'a été décelée entre un historique d'idées suicidaires et les interactions mère-enfant. Par ailleurs, aucune relation n'a été trouvée entre les comportements d'idées suicidaires chez les mères et les scores de perception maternelle du lien mère-enfant.

L'étude brésilienne de Faisal-Cury, Levy et Matijasevich (2021) menée auprès d'un échantillon clinique de femmes ayant de faibles revenus et présentant des symptômes de dépression anténatale (n=358), ont trouvé des associations significatives entre la présence d'idées suicidaires chez les mères et des difficultés dans les liens mères-enfants à 6-9 mois post-partum, même après avoir contrôlé pour les symptômes dépressifs. Les difficultés dans les liens mères-enfants étaient représentées par quatre facteurs du *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), soit l'altération des liens de manière générale, le rejet et la colère pathologique, l'anxiété vis-à-vis du nourrisson et le risque d'abus (Brockington Fraser & Wilson, 2006). Ces résultats corroborent d'ailleurs ceux de l'étude de Sockol, Battle, Howard et Davis (2014), qui ont aussi révélé que les mères rapportant des CS avaient des niveaux significativement plus élevés aux sous-échelles du PBQ comparativement aux mères ne rapportant pas de CS, chez un échantillon clinique de femmes souffrant de condition psychiatrique périnatale. Ces résultats soutiennent également l'hypothèse de la contribution des CS, au-delà des symptômes dépressifs.

L'étude de Brakenhoff, Wu et Slesnick (2017) s'intéresse à l'effet des pratiques parentales (surveillance, acceptation et support à l'autonomie de l'enfant) sur les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants

(âgé entre 8 et 16 ans) chez une population de mères ayant des idées suicidaires et un trouble d'abus de substance (drogue ou alcool). Cette recherche comprend les données de 183 dyades mères-enfants et montre que l'association des pratiques parentales avec les comportements des enfants, qui est habituellement observée dans les études, n'est pas présente dans les dyades mère-enfant dont les mères rapportent des idées suicidaires (n=39; 21,3%), comparativement aux résultats des enfants de mères sans idées suicidaires. Les enfants de mères présentant des idées suicidaires seraient donc plus à risque de développer des comportements problématiques, malgré la présence de pratiques parentales positives. Ces résultats suggèrent donc que les idées suicidaires semblent être un facteur de risque important dans ce contexte.

Enfin, l'équipe de Mebrahtu et al. (2020) s'est intéressée au développement cognitif des enfants dans un contexte de CS maternels. Cette étude africaine menée auprès des mères vivant avec le VIH, comprenant 562 dyades mères-enfants, a évalué les idées suicidaires des mères et le fonctionnement cognitif général des enfants à deux reprises, soit lors du recrutement puis douze mois plus tard. Les enfants inclus dans les analyses étaient âgés de 3 ans et moins lors de la deuxième évaluation. Les résultats indiquent un lien entre les idées suicidaires maternelles et les performances cognitives des enfants de cet échantillon. Plus précisément, ce fut les enfants des mères ayant des idées suicidaires émergentes (aucune idée suicidaire lors du recrutement et présence d'idées suicidaires à l'évaluation 12 mois plus tard) qui avaient les moyennes les plus basses dans les différents domaines de développement cognitif (langage réceptif, réception visuelle et score global) comparativement aux enfants des autres groupes de mères (sans idées suicidaires, idées suicidaires seulement au recrutement et idées suicidaires aux deux évaluations). Les résultats concordent avec les données de l'étude de Martini et al. (2019), qui a été réalisé dans un contexte différent, où les mères de l'échantillon ne vivaient pas avec le VIH. Selon cette étude, les enfants de mères présentant des CS avaient des scores de développement neuropsychologique significativement plus bas à quatre mois, que ceux des enfants de mères sans CS.

Limites des études antérieures

Tel que mentionné précédemment, il existe peu d'études dans ce domaine et les études existantes présentent plusieurs lacunes. Dans un premier temps, on remarque que la majorité des études réalisées se basent sur des échantillons cliniques, psychiatriques et/ou des populations avec des caractéristiques spécifiques (ex. femmes vivant avec le VIH, faible revenu) (Brakenhoff & al., 2017; Faisal-Cury & al., 2021; Mebrahtu & al., 2020; Paris & al., 2009). Il y a donc une difficulté à généraliser les résultats et à obtenir un portrait plus global des femmes présentant des CS. Deuxièmement, il existe peu d'études s'étant intéressées aux enfants d'âge préscolaire et scolaire lorsqu'on observe les recherches existantes. À ce jour, la majorité des études se sont attardées au développement des nourrissons ou des adolescents en association avec les CS chez les mères (Brakenhoff & al., 2017; Faisal-Cury & al., 2021; Gordon & al., 2019; Paris & al., 2009) et cela a rarement été fait dans un contexte longitudinal (Martini & al., 2019; Mebrahtu & al., 2020). Troisièmement, l'opérationnalisation des CS diffère beaucoup d'une étude à l'autre, en raison, entre autres des outils utilisés. Par exemple, plusieurs auteurs rapportent les données de l'*Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg* (EPDS), où la question posée réfère plutôt à la pensée de se faire du mal (Gordon & al., 2019; Mebrahtu & al., 2020; Sockol & al., 2014), tandis que d'autres auteurs ont évalué la présence d'idées suicidaires à travers des questions ou des affirmations centrées plutôt sur le désir de mourir, à travers le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Faisal-Cury & al., 2021), le *Post-Partum Depression Screening Scale* (PDSS) (Paris & al., 2009) ou le *Beck Depression Inventory* (BDI) (Brakenhoff & al., 2017). Concernant l'évaluation des tentatives de suicide, on remarque également des différences dans la méthodologie utilisée. D'une part, il y a les études dont les tentatives sont comptabilisées suite à la lecture des dossiers médicaux (hospitalisations, note des intervenants, médecins, etc.) (Gressier & al., 2017; Mota & al., 2019) et de l'autre on y retrouve les études utilisant des mesures auto-rapportées de tentatives, à l'aide de questionnaires (Geulayov, Metcalfe, Heron, Kidger & Gunnell, 2014). Cette hétérogénéité dans l'évaluation des comportements suicidaires (par exemple, automutilation versus idées suicidaires) rend difficile la comparaison entre les résultats des études et l'élaboration d'un portrait juste de cette population.

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but d'enrichir les connaissances sur les CS maternels et de combler certaines limites des études antérieures, principalement par l'échantillon communautaire et les données des enfants qui participent à notre étude, qui couvrent la période allant de la petite enfance à 7-8 ans. L'objectif principal de cette recherche consiste à étudier les liens entre la dépression, les CS maternels depuis la naissance de l'enfant et les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants. Pour ce faire, une variable de dépression maternelle incluant cinq niveaux a été créée [(1) sans historique de dépression ou CS (SD), (2) dépression/CS avant la naissance (AvNaiss), (3) dépression sous-clinique depuis la naissance (SousClin), (4) historique probable de dépression clinique depuis la naissance (DépClin) et (5) CS depuis la naissance (CS)] (Plus de détails sont présentés dans la section Mesures et procédures). Ces différents groupes de mères seront étudiés en relation avec le développement des symptômes intériorisés et extériorisés de leur enfant de l'âge de 2 ans jusqu'à 7-8 ans (score moyen).

Plus précisément, à travers notre objectif principal, on souhaite atteindre 3 sous-objectifs : (1) illustrer les caractéristiques des femmes présentes dans notre échantillon et évaluer si le groupe de mères qui rapportent des CS possède certains facteurs de risque spécifiques en comparaison aux autres groupes de mères combinés d'une part et au groupe de mères DépClin uniquement. Ainsi, suivant les observations des études antérieures, on s'attend à ce que les femmes du groupe CS aient davantage de facteurs de risques, tels qu'être sans partenaire (Mebrahtu & al., 2020), avoir accouché à un jeune âge (Gordon & al., 2019), avoir vécu une dépression anténatale (Shi, Ren, Li & Dai, 2018), avoir un niveau d'éducation (Lieb & al., 2005) et un statut socioéconomique plus faible (Martini & al., 2019). Ensuite, il s'agit (2) d'examiner la contribution de la dépression maternelle et des CS chez la mère en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés chez l'enfant. L'hypothèse avance que les enfants des mères ayant un historique probable de dépression (DépClin) et de CS (CS) depuis la naissance de l'enfant vont montrer des scores plus élevés de symptômes intériorisés et extériorisés que les enfants de mères n'ayant pas rapporté d'historique de dépression depuis la naissance de l'enfant (SD) (Fihrer & al., 2009). De plus, on sait que les CS sont un signal de détresse important, qui ne peut être ignoré. Cependant, il y a très peu de données qui portent sur la contribution des CS au-delà des symptômes de dépression. On souhaite donc (3) explorer s'il y a un risque avec les CS en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant comparé aux enfants

des mères du groupe DépClin. À ce sujet, notre hypothèse est exploratoire. Cependant dans un tel contexte, on peut s'attendre à ce que les enfants du groupe de mères ayant eu des CS depuis la naissance de leur enfant (idées suicidaires et tentatives de suicide) présentent plus de symptômes intériorisés et extériorisés de l'âge de 2 ans jusqu'à 8 ans que les enfants de mères rapportant seulement un historique probable de dépression. Finalement, on souhaite étudier si le sexe de l'enfant modère ces liens et nos hypothèses sont également exploratoires.

MÉTHODE

Participants

Les questions de recherche sont abordées dans le contexte de l'étude longitudinale Étude de Milieu de Garde (Émigarde) (Charrois et al., 2020). Les familles ciblées ont été recrutées à partir d'un échantillon plus large provenant d'une étude sur la périnatalité (Kramer et al., 2001) et dont les enfants sont nés entre juin 2003 et avril 2004. Les participants ont été évalués à cinq intervalles de temps, soit lorsque les enfants avaient 2 ans (T1: 2005-2006, N=496), 3 ans (T2: 2006-2007, N=423), 4 ans (T3: 2007-2008, N=395), 5-6 ans (T4:2010-2011, N=311) et 7-8 ans (T5:2011-2012, N=318). Des formulaires de consentement ont été remplis à chacune des collectes de données et les différents protocoles de cette étude ont été approuvés par le comité d'éthique du CHU Ste-Justine.

Les familles dont l'enfant cible présente un diagnostic du spectre de l'autisme (N=5) ont été exclus de l'étude. Les critères d'inclusion pour les familles de notre échantillon comprenaient d'abord la disponibilité des informations sur l'historique de dépression maternelle (n=474), sur les covariables (n=423), ainsi que sur les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants minimalement sur trois collectes de temps (n=338). Nos analyses finales incluent donc 306 dyades mères-enfants.

Mesures et procédures

Dépression maternelle

La variable de dépression maternelle a été évaluée à partir de deux mesures en complémentarité. D'abord avec des questions du *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) à la première collecte (T1). Cet instrument a auparavant été utilisé pour évaluer la dépression dans différentes études (Essex, Klein, Miech & Smider, 2001; Chaudron, Klein, Remington, Palta, Allen & Essex, 2001; Lindahl & al., 2005), dont une étude longitudinale (Roy, Zoccolillo, Gruber, Boivin, Pérusse & Tremblay, 2005). Quinze questions se rapportant à la fréquence, à la période de référence et aux symptômes de l'épisode dépressif correspondant aux critères du DSM-III-R ont été posées aux mères ayant répondu positivement à la première question de dépistage. La question de dépistage visait à déterminer si la mère avait vécu une période de deux semaines ou plus de déprime ou de tristesse. L'impact des symptômes de dépression sur le niveau de fonctionnement de la mère (travail, école, relations, capacités à prendre soin de l'enfant) a également été évalué à partir de cet instrument. Ensuite, l'entrevue du *Structured Clinical Interview for DSM disorder* (SCID) a été administrée aux mères, lors d'une collecte plus tardive (enfant âgé de 7-8 ans). Les informations prélevées lors de cette entrevue permettaient de compléter les données du DIS et les informations concernant l'historique de dépression jusqu'à l'âge de 7-8 ans. Un processus similaire d'évaluation a d'ailleurs été utilisé pour déterminer la présence d'un historique probable de dépression clinique chez les mères dans l'étude de Charrois et al. (2020).

Comportements suicidaires

Suite à une réponse positive à la question de dépistage décrite précédemment, la présence des CS maternels a été évaluée au T1 à partir de deux des sous-questions du DIS: « au cours de votre pire (ou votre seule) période de dépression, avez-vous ressenti le désir de mourir ou eu des pensées suicidaires ? » et « au cours de votre pire (ou votre seule) période de dépression, avez-vous fait une tentative de suicide? ». Les CS ont également été évalués au T5 à partir du SCID (sans question de dépistage pour la dépression). Les données recueillies à partir du SCID étaient actuelles à la période de collecte et rétrospectives, ce qui a permis de compléter les informations comprises dans le DIS et également de prolonger la présence des CS chez les mères jusqu'à la collecte de 7-8 ans. Au total, 66 femmes ont affirmé avoir eu des CS au cours de leur vie, dont 11 rapportaient avoir des idées suicidaires courantes au T5. Bien que la majorité des CS se rapportent à la présence de pensées suicidaires chez les mères, 11 femmes ont

mentionné avoir fait une tentative de suicide dans notre échantillon, dont 6 se retrouvent dans notre groupe d'intérêt, soit les mères ayant eu des CS depuis la naissance de leur enfant (CS). Tandis que les tentatives de suicide des 5 autres femmes se sont déroulées avant la naissance de l'enfant selon les informations rapportées par les mères. Dans le cadre de notre étude, les femmes ayant des idées suicidaires et indiquant avoir fait une tentative de suicide ont été regroupées de manière à avoir une puissance statistique adéquate.

Afin de répondre aux objectifs de cette étude, cinq groupes de mères ont été créés à partir de différents critères provenant de l'évaluation de leurs symptômes dépressifs et de leurs CS. D'abord, les familles dont la mère n'avait jamais vécu d'épisode dépressif ou de CS formaient notre premier groupe (1) sans historique de dépression (SD) (n=170). Les critères qui représentaient ce groupe étaient d'avoir 4 symptômes dépressifs ou moins, aucune altération du fonctionnement et une absence de CS. Afin de former les autres groupes, la période à laquelle les mères ont vécu leurs plus récents épisodes dépressifs était prise en compte. Ce critère a d'abord été mis en place afin de bien distinguer les épisodes dépressifs vécus avant ou depuis la naissance de l'enfant, mais également pour bien délimiter les femmes du groupe sans historique de dépression et celles ayant vécu leur épisode dépressif avant la naissance de leur enfant. C'est donc à partir de ce critère que le groupe de mères (2) ayant vécu un épisode probable de dépression et/ou des CS avant la naissance de l'enfant (AvNaiss) (n=34) a été créé. Ensuite, les femmes ayant vécu un épisode dépressif, sans CS, depuis la naissance de leur enfant, étaient divisées en 2 groupes, selon l'intensité de leurs épisodes dépressifs. Les femmes ayant vécu un (3) épisode dépressif sous-clinique (SousClin) (n=28) avaient rapporté cinq symptômes et plus, sans fonctionnement altéré ou quatre symptômes avec un fonctionnement altéré au cours d'un épisode ayant eu lieu depuis la naissance de l'enfant. Puis, le groupe représenté par (4) un historique probable de dépression clinique depuis la naissance de l'enfant (DépClin) (n=36) était représenté par cinq symptômes et plus avec une altération du fonctionnement et une absence de CS. Finalement, la division des groupes de mères se poursuivait par (5) la présence de CS (idées suicidaires ou tentatives de suicide) ayant eu lieu depuis la naissance de l'enfant (CS) (n=38). En somme les cinq groupes étaient: 1: sans historique de dépression ou CS (SD) 2 : dépression/CS avant la naissance de l'enfant (AvNaiss) 3 : épisode dépressif sous-clinique depuis la naissance de l'enfant (Sousclin), 4 : historique probable de dépression clinique depuis la naissance de

l'enfant (DépClin) et 5 : CS depuis la naissance de l'enfant (CS). Un processus similaire au niveau du regroupement des mères (sans la catégorie CS) a également été utilisé dans l'étude de Charrois et al. (2020).

Symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant

Les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants ont été mesurés à chaque temps de mesure par le biais d'un questionnaire rempli par les parents. Le questionnaire comportait entre 56 et 63 items (dépendamment de l'âge de l'enfant évalué) et a été validé et inspiré du *Preschool Behavior Questionnaire* (PBQ) de Behar et Stringfield (1974), du *Questionnaire d'Évaluation du Comportement au Préscolaire* (QECP) de Tremblay, Desmarais-Gervais, Gagnon et Charlebois (1987), du *Ontario Child Health Study scales (OCHS)* (Offord, Boyle & Racine, 1989) ainsi que du *Child Behavior Checklist* (CBCL) par Achenbach (1991) (Tremblay & al., 1987; Cote, Boivin, Liu, Nagin, Zoccolillo & Tremblay 2009). Les items de ce questionnaire étaient d'abord regroupés en échelles globales de symptômes intériorisés (13-17 items, alpha de Cronbach: 0,62-0,79) et extériorisés (4 items, α : 0,83-0,87), puis en sous-échelles représentant des symptômes intériorisés spécifiques tels que: anxiété (4 items, α : 0,52-0,74), symptômes dépressifs (3-4 items, α : 0,42-0,63), anxiété de séparation (3-5 items, α : 0,39-0,58) et retrait social (3-4 items, α : 0,55-0,61). Puis les sous-échelles de symptômes extériorisés incluant: hyperactivité (5-6 items, α : 0,69-0,80), inattention (3-4 items, α : 0,5-0,81), agressivité (3-6 items, α : 0,69-0,77) et opposition (3-5 items, α : 0,61-0,74). La somme de chaque sous-échelle était ensuite répartie sur une échelle allant de 0 à 10, de manière à ce que le score de chaque sous-échelle ne soit pas sensible au nombre d'items, car celui-ci varie d'une sous-échelle à l'autre. Puis, les scores de chaque échelle et sous-échelle ont été comptabilisés et analysés sous forme de moyennes, avec minimalement les scores de trois collectes sur cinq.

Variables de contrôle

Les variables de contrôle ayant été jugées pertinentes pour notre étude comprennent différentes caractéristiques de la mère, de leur situation familiale et de l'enfant. Les informations sur le *sexe de l'enfant*, l'*âge de la mère* (à la naissance de l'enfant), la *scolarité de la mère* (divisé en trois niveaux partiels ou

terminés: 1: études secondaires, 2: études postsecondaires ou collégiales ou 3: études universitaires) et le *revenu familial* (codé par suffisance et insuffisance de revenus selon un seuil établi par Statistique Canada) ont été prélevées lors de la collecte T1. Concernant le statut *conjugal de la mère*, les données de tous les points de temps (T1 à T5) ont été combinées pour créer une variable dichotomique (en union ou célibataire sur minimalement 3 points de temps). Le même procédé a été utilisé pour créer la variable *présence de fratrie* (enfant unique ou fratrie). Finalement, les pratiques parentales coercitives ont été évaluées à partir des items du questionnaire *Parental Cognitions and Conduct Towards the Infant Scale* (PACOTIS) pour les points de temps T1 et T2 et des items du *Parent practices scale* pour les points de temps T3 à T5 (Boivin & al., 2005; Strayhorn & Weidman, 1988).

Analyses statistiques

Les données de cette étude ont été analysées à partir du logiciel *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), version 25. Des tests de Khi-carré (ou Fisher-Exact) ont été conduits, afin de déterminer si les mères du groupe CS diffèrent des autres groupes de mères combinés et des mères DépClin au niveau de leurs caractéristiques individuelles (ex. éducation, âge, statut marital, etc). Ensuite, des régressions linéaires ont été effectuées à partir des modèles à trois niveaux, afin d'examiner les différents liens longitudinaux entre les groupes de mères et les moyennes des symptômes intériorisés et extériorisés des enfants. Le premier modèle inclut seulement les variables de contrôle énumérées précédemment. Les cinq groupes de mères, codées en variable muette (dummy-coded), sont ajoutés dans le modèle 2. Puis le modèle 3 comprend les interactions entre chaque groupe et le sexe de l'enfant. Lorsque le modèle 3 s'avère significatif, l'interaction avec le sexe est alors analysée, selon la méthode Holmbeck (2002). Ces modèles ont d'abord été exécutés pour les moyennes des échelles de symptômes intériorisés et extériorisés. Si ces résultats étaient significatifs, des analyses de régressions linéaires étaient effectuées séparément pour chacune des moyennes des sous-échelles étudiées (anxiété, symptômes dépressifs, anxiété de séparation, retrait social, hyperactivité, inattention, agressivité, opposition). Dans ces analyses, nous rapportons le paramètre Beta standardisé (β). Le groupe de référence pour le deuxième sous-objectif était les mères SD, tandis que les mères DépClin étaient le groupe de référence pour le sous-objectif 3.

RÉSULTATS

Analyses d'attrition

Des analyses d'attrition ont été effectuées afin d'avoir un meilleur portrait des variables associées aux 168 familles (35% de notre échantillon initial) qui n'étaient pas incluses dans nos analyses finales, principalement en raison de données indisponibles à certains de nos critères d'inclusion. Les familles présentant une insuffisance de revenu familial $\chi^2(1,444) = 13,09, p < .001$, un niveau d'éducation plus faible $\chi^2(2,450) = 16,098, p < .001$, ainsi que celles ayant un seul enfant présentaient plus de probabilité à ne pas être incluses dans nos analyses $\chi^2(1,438) = 6,377, p < .05$). Finalement, les différents groupes de mères (notre variable indépendante) n'étaient pas significativement liés à l'attrition ($p = .105$).

Analyses descriptives

En réponse au premier sous-objectif exploratoire d'illustrer les caractéristiques des mères présentes dans notre échantillon (voir Tableau 1), les résultats significatifs suggèrent qu'il y a davantage de mères dans le groupe CS que dans les autres groupes combinés qui rapportent des symptômes dépressifs lors de la grossesse (34,2% versus 17,2%), une consommation de drogue (cannabis et autre) (18,4% versus 6,2%), une prise de médication pour les troubles de l'humeur (21,6% versus 9,7%) et avoir consulté un médecin (81,6% versus 46,3%). Il y a également une tendance au niveau de l'âge des mères et de leur statut conjugal, qui suggèrent qu'il y aurait plus de mères âgées de 21 ans et moins (10,5% versus 3,4%) et célibataires (18,4 % versus 7,8%) dans le groupe CS comparativement aux autres groupes combinés.

Par contre, les données ne permettent pas de faire de distinction significative entre les groupes de mères ayant vécu des historiques probables de dépression clinique (DépClin) et celles ayant des CS (CS).

Associations entre les groupes DépClin et CS maternels en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant en comparaison avec le groupe SD

Les mères du groupe DépClin ($\beta = 0,390$, 95% CI [0,44, 0,736], $p = .03$) et du groupe CS ($\beta = 0,511$, 95% CI [0,171, 0,851], $p < .01$) rapportent significativement plus de symptômes intériorisés chez leurs enfants que les mères du groupe de mères SD (Voir Figure 1). Les résultats des sous-échelles intériorisées évaluées séparément vont en ce sens en indiquant que les mères du groupe DépClin et de CS rapportent significativement plus de symptômes dépressifs (DépClin: $\beta = 0,469$, 95% CI [0,115, 0,823], $p = .01$) (CS: $\beta = 0,353$, 95% CI [0,005, 0,701], $p < .05$) et de symptômes de retrait social (DépClin: $\beta = 0,458$, 95% CI [0,098, 0,818], $p = .01$) (CS: $\beta = ,420$, 95% CI [0,066, 0,773] $p = .02$) chez leur enfant que les mères du groupe SD. Les mères rapportent également plus d'anxiété chez leur enfant dans le groupe de mères avec des CS ($\beta = 0,459$, 95% CI [0,114, 0,805], $p < .001$) que les mères du groupe SD.

En rapport avec ce deuxième sous-objectif, le modèle d'analyse comprenant l'interaction avec le sexe explique significativement plus de variance des symptômes internalisés ($F=2,962$; $ddl=4$, 290; $p = .02$), de symptômes dépressifs ($F=2,463$; $ddl=4$, 290; $p < .05$), de symptômes anxieux ($F=2,477$; $ddl=4$, 290; $p < .05$) et de symptômes d'inattention ($F=2,897$; $ddl=4$, 290; $p = .02$). De ce fait, les résultats montrent que les mères du groupe DépClin rapportent davantage de symptômes intériorisés ($\beta = 0,858$; $p < .001$) (Voir Figure 2A), de symptômes anxieux ($\beta = 0,749$; $p < .01$), de symptômes dépressifs ($\beta = 0,911$; $p < .001$) et de symptômes d'inattention ($\beta = 0,526$; $p = .03$) chez leur garçon que les mères du groupe SD. Tandis qu'aucune relation significative n'a été trouvée pour les filles des mères DépClin versus les filles de mères SD pour ces mêmes variables (Voir Figure 2B).

Concernant les symptômes extériorisés, les résultats de l'échelle globale indiquent que les mères des groupes SousClin ($\beta = 0,381$, 95% CI [0,55, 0,708], $p = .02$) et DépClin ($\beta =0,337$, 95% CI [0,041, 0,633], $p = .03$) rapportent davantage de symptômes extériorisés chez leur enfant que les mères du groupe SD. Les résultats de la sous-échelle des symptômes agressifs suggèrent que les mères du groupe de DépClin rapportent des scores significativement plus élevés chez leur enfant comparé aux mères du groupe SD ($\beta = 0,479$, 95% CI [0,164, 0,793], $p < .01$). Aucun résultat significatif n'a été trouvé pour le groupe de mères avec des CS comparé au groupe de mères SD. Le sexe ne modère pas ces liens.

Comparaison entre les enfants des mères du groupe CS et DépClin

En lien avec notre troisième sous-objectif d'étudier si les enfants des mères ayant des CS diffèrent des enfants de mères dans le groupe DépClin en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés, aucune différence significative n'a été décelée entre les enfants des groupes DépClin et CS sur les échelles globales de symptômes intériorisés et extériorisés. Par contre, le modèle incluant l'interaction avec les sexes montre significativement plus de variances pour certaines associations et donc nous avons étudié ce modèle. Les résultats suggéraient que, parmi les filles, les mères du groupe CS rapportaient plus de symptômes intériorisés ($\beta = 0,873$; $p < .01$), de symptômes anxieux ($\beta = 0,782$; $p = .02$) et de symptômes d'inattention ($\beta = 0,647$; $p = .04$) chez leur fille que les mères du groupe DépClin. Pour les garçons, le groupe de CS n'était pas significativement différent du groupe DépClin pour les symptômes intériorisés ($\beta = -0,563$; $p = .06$), les symptômes anxieux ($\beta = -0,356$; $p = .25$) ou les symptômes d'inattention ($\beta = -0,427$; $p = .14$). Par contre, les mères du groupe CS rapportaient moins de symptômes dépressifs ($\beta = -0,696$; $p = .03$) chez leur garçon que les mères du groupe DépClin. Pour les filles, les mères du groupe CS ne rapportaient pas plus de difficultés que les mères du groupe DépClin ($\beta = 0,519$; $p = .11$). Le groupe de CS ne différait pas du groupe DépClin sur les autres variables, ni la modération de sexe.

DISCUSSION

Cette étude avait pour but d'explorer différents aspects des mères présentant des CS, afin de répondre à certaines lacunes de la littérature concernant le manque d'informations au sujet de ces femmes, principalement dans un contexte de maternité. Dans un premier temps, un portrait des femmes à l'étude a été effectué afin de mieux caractériser les différents groupes. Malgré le caractère exploratoire de ce premier sous-objectif, on retrouve certaines similitudes dans les résultats obtenus et la littérature existante concernant la nature des facteurs de risque pour le groupe de femmes présentant des CS (Brakenhoff & al., 2017; Conroy & al., 2012; Lieb & al., 2005). Ainsi, les données rapportées par les femmes ont pu confirmer un élément de notre hypothèse, à savoir que les mères avec des symptômes dépressifs durant la grossesse étaient davantage représentées dans le groupe CS. Des tendances sont également illustrées dans le groupe CS, en lien avec les mères ayant accouché à un jeune âge (moins de 21 ans) et les mères célibataires. La consommation de drogue (cannabis et autre) au cours des douze derniers mois, une prise

de médication pour les troubles de l'humeur et avoir consulté un médecin sont des facteurs de risque qui s'ajoutent aux éléments de notre hypothèse. Par contre, certains éléments de notre hypothèse n'ont pas été confirmés, notamment que le groupe de mères ayant le plus important pourcentage de femmes avec un niveau d'éducation et un statut socioéconomique plus faible soit celui des mères ayant des CS comparé aux autres groupes de mères combinés. Finalement, les résultats de cette étude, ne démontraient pas de distinction significative entre les caractéristiques des groupes de mères ayant vécu un historique probable de dépression clinique (DépClin) et celles ayant des CS (CS).

Notre deuxième objectif consistait à étudier si les enfants des mères ayant un historique probable de dépression clinique (DépClin) et ceux des mères du groupe CS avaient plus de symptômes intériorisés et extériorisés. En cohérence avec les conclusions d'études antérieures (Conroy & al., 2012; Fihrrer & al., 2009; Goodman & al., 2011), les résultats de cette étude indiquent que les mères du groupe DépClin rapportaient plus de symptômes intériorisés et extériorisés chez leur enfant que les mères du groupe SD. Ces associations étaient liées à une petite taille d'effet pour les symptômes intériorisés et des tailles d'effets modérées pour les symptômes extériorisés. Les résultats et la direction des sous-échelles de symptômes dépressifs, de retrait social et d'agressivité appuient également ceux des recherches existantes (Feldman & al., 2009; Letourneau & al., 2013; Murray & al., 2011; Naicker & al., 2012). Toutefois, bien que certains auteurs (Bernard-Bonnin, 2004; Galéra & al., 2011; Letourneau & al., 2013) aient également trouvé des associations au niveau des symptômes d'hyperactivité, aucune différence n'a été constatée à ce niveau. Les hypothèses concernant la modulation du sexe à travers ces régressions étaient exploratoires, en raison des divergences observées dans la littérature en fonction des problématiques abordées et de l'âge des enfants étudiés (Bernard-Bonnin, 2004; Goodday & al., 2019; Grace & al., 2003). Néanmoins, les résultats de notre échantillon suggèrent une vulnérabilité chez les garçons du groupe de mère DépClin, au niveau des symptômes intériorisés (symptômes intériorisés, dépressifs, anxieux et inattention) lorsqu'ils sont comparés aux garçons des mères SD.

Ensuite, certaines études ont démontré que les CS maternels sont des facteurs de risque au développement de l'enfant (Cerel, Frey, Maple & Kinner, 2016; Lieb & al., 2005; Paris & al., 2009). Cependant, il y a un manque important de recherches et de connaissances en lien avec ces associations.

Les résultats de la présente étude ont permis de montrer des différences significatives chez les enfants des mères CS par rapport aux enfants du groupe SD, au niveau des symptômes intériorisés de manière globale avec une large taille d'effet, ainsi que des symptômes dépressifs, d'anxiété et de retrait social avec des tailles d'effets modérées. Aucune différence significative n'a été décelée au niveau des symptômes extériorisés.

Finalement, bien que certains auteurs aient avancé le caractère indépendant des CS (Brakenoff & al., 2017; Cerel & al., 2016; et Lieb & al. 2005; Sockol & al, 2014) les résultats des analyses ne distinguent pas d'effet principal significatif entre les symptômes intériorisés et extériorisés lorsqu'on compare les enfants des groupes de mères DépClin et CS. Par contre, on observe différentes associations modérées par le sexe entre ces deux groupes. Effectivement, les mères du groupe CS rapportaient plus de symptômes intériorisés, de symptômes anxieux et de symptômes d'inattention chez leur fille que les mères du groupe DépClin. Il est possible que ces résultats s'expliquent par le fait que les idées suicidaires et les tentatives de suicide étaient regroupées dans notre étude. Il serait intéressant de reproduire cette étude avec un échantillon plus important de mères présentant des CS, afin d'analyser de manière distincte les enfants de mères ayant fait une tentative de suicide et les enfants de mères ayant eu des idées suicidaires en comparaison avec les mères ayant un historique de dépression.

Forces et limites

L'échantillon communautaire et la période à laquelle les données sont disponibles (de l'âge de 2 ans à 7-8 ans) sont des forces importantes de notre étude, qui répondent à plusieurs lacunes dans la littérature existante. Les outils d'évaluation utilisés pour mesurer la présence des CS sont également un avantage de cette recherche. Comparativement à plusieurs études sur le sujet, utilisant une mesure se référant à la pensée de se faire du mal (par exemple dans le EPDS), nos groupes ont été basés sur la présence d'idées suicidaires et de tentative de suicide. Il est également important de mentionner qu'étudier plusieurs catégories de symptômes (les sous-échelles), plutôt que seulement les catégories globales de symptômes intériorisés et extériorisés, lorsque celles-ci étaient significatives, a permis d'amplifier l'étendue de nos analyses et des connaissances sur le sujet. Enfin, certaines nuances sont à considérer lorsque les

résultats de cette étude sont interprétés. Tout d'abord, il est essentiel de rapporter le biais d'évaluateur commun. La mère cote ses symptômes dépressifs, mais également les symptômes intériorisés et extériorisés de son enfant. Les symptômes dépressifs et les cognitions négatives de la mère peuvent influencer la perception qu'elle a de l'enfant et donc influencer son évaluation (Ahun & al., 2018). Cependant, les résultats rapportés sont des moyennes des cinq points de temps, ce qui réduit l'impact possible de cette problématique. D'ailleurs, comme les données ont été analysés à partir de moyennes et que seulement les épisodes ayant eu lieu depuis la naissance de l'enfant (versus à vie) étaient considérés (afin de bien délimiter les effets aux variables étudiées), il n'est pas possible d'étudier les nuances liées aux effets temporels ni les mécanismes qui pourraient sous-tendre les associations trouvées. Pour des raisons de puissance, les femmes ayant des idées et des tentatives suicidaires étaient regroupées dans un groupe unique, cependant il aurait été intéressant d'observer ces problématiques ainsi que leurs liens avec le développement des enfants de manière distincte.

CONCLUSION ET DIRECTIONS FUTURES

Les résultats de notre étude soutiennent l'importance de l'identification des symptômes dépressifs lors des suivis postnatals et confirment que l'aspect des CS devrait être davantage mis de l'avant dans ces évaluations. C'est d'autant plus pertinent lorsqu'on sait que la désirabilité sociale et le caractère difficile des CS rendent les mères plus réticentes à aborder ce sujet d'elles-mêmes et à s'exprimer sur celui-ci (Gordon & al., 2019; O'Connor & al., 2018). Cela permettrait un dépistage plus efficace des mères ayant des comportements à risque et ainsi permettre de mettre en place les interventions et le soutien nécessaire rapidement.

Il serait intéressant d'approfondir les recherches en lien avec les mères présentant des CS, afin de mieux conceptualiser les différentes associations entre les idées suicidaires et les tentatives de suicide des mères en lien avec le développement des enfants. De plus, il serait judicieux de poursuivre l'étude des liens à plus long terme et d'identifier les associations qui ont le risque de se poursuivre à l'adolescence et à l'âge adulte. Finalement, il serait également pertinent de déterminer s'il existe une période d'exposition plus critique où les impacts seraient plus importants au développement de l'enfant.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M. (1991). *Manuel for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: Author.
- Ahun, M. N., Consoli, A., Pingault, J. B., Falissard, B., Battaglia, M., Boivin, M., Tremblay, R. E., Cote, S. M. (2018). Maternal depression symptoms and internalising problems in the offspring: the role of maternal and family factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(7), 921-932.
- Albert P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of psychiatry & neuroscience : JPN*, 40(4), 219–221.
- Beck, C. T., & Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34(5), 569-576.
- Behar, L., & Stringfield, S. (1974). Behavior rating scale for preschool child. *Developmental Psychology*, 10(5), 601-610.
- Bernard-Bonnin, A. C. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 575-583.
- Brakenhoff, B., Wu, Q., & Slesnick, N. (2018). Substance using mothers experiencing suicidal thoughts: impact of parenting behaviors on child behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, 27(2), 629–638.
- Boivin, M., Pérusse D., Dionne, G., Saysset, V., Zoccolillo, M., Tarabulsy, G. M., Tremblay, N., & Tremblay, R. E. (2005). The genetic-environmental etiology of parents' perceptions and self-assessed behaviours toward their 5-month-old infants in a large twin and singleton sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), 612–630.
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 233-242.
- Cerel, J., Frey, L. M, Maple, M., & Kinner, D. G. (2016). Parents with suicidal behavior: Parenting is not always protective. *Journal of child and family studies*, 25(7), 2327-2336.
- Charrois, J., Côté, S. M., Paquin, S., Séguin, J. R., Japel, C., Vitaro, F., ... & Herba, C. M. (2020). Maternal depression in early childhood and child emotional and behavioral outcomes at school age: examining the roles of preschool childcare quality and current maternal depression symptomatology. *European child & adolescent psychiatry*, 29(5), 637-648.
- Chaudron, L H., Klein, M. H., Remington, P., Palta, M., Allen, C., & Essex, M. J. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 103-112.
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 51-61.

- Cote, S. M., Boivin, M., Liu, X., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Tremblay, R. E. (2009). Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk factors during early childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(10), 1201-1208.
- Essex, M. J., Klein, M. H., Miech, R., & Smider, N. A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *British Journal of Psychiatry*, 179(2), 151–156.
- Faisal-Cury, A., Levy, R. B., & Matijasevich, A. (2021). The Relationship Between Mother–Child Bonding Impairment and Suicidal Ideation in São Paulo, Brazil. *Maternal and Child Health Journal*, 25(5), 706-714.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J. & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927.
- Fihrer, I., McMahon, C. A., & Taylor, A. J. (2009). The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 116-123.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G. & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*(119), 1-8.
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R. & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The lancet. Psychiatry*, 3(10), 973-982.
- Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. P., Pingault, J. B., Melchior, M., Michel, G., Boivin, M. & Tremblay, R. E. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Arch Gen Psychiatry*, 68(12), 1267-1275.
- Gandhi, S. G., Gilbert, W. M., McElvy, S. S., El Kady, D., Danielson, B., Xing, G., & Smith, L. H. (2006). Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstet Gynecol*, 107(5), 984-990.
- Geulayov, G., Metcalfe, C., Heron, J., Kidger, J., & Gunnell, D. (2014). Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: Results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(5), 509-517.
- Goodday, S. M., Bondy, S., Sutradhar, R., Brown, H. K. & Rhodes, A. (2019). Exposure to maternal depressive symptoms in childhood and suicide-related thoughts and attempts in Canadian youth: test of effect-modifying factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 54(2), 191-200.
- 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. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14(1), 1-27.

- Gordon H, Nath S, Trevillion K, Moran, P., Pawlby, S., Newman, L., Howard, L. M. & Molyneaux, E. (2019). Self-harm, self-harm ideation, and mother- infant interactions: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry*, 80(5).
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6(4), 263-274.
- Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud-Freudenthal, N. M., & Sutter-Dallay, A. L. (2017). Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Journal of psychiatric research*, 84, 284-291.
- Gutierrez, P. M. (1999). Suicidality in parentally bereaved adolescents. *Death Studies*, 23(4), 359-370.
- Hammerton, G., Mahedy, L., Mars, B., Harold, G. T., Thapar, A., Zammit, S., Collishaw, S. & Ebmeier, K. (2015). Association between Maternal Depression Symptoms across the First Eleven Years of Their Child's Life and Subsequent Offspring Suicidal Ideation. *PLoS ONE*, 10(7), e0131885.
- Herba, C. M., Tremblay, R. E., Boivin, M., Liu, X., Mongeau, C., Séguin J. R., & Côté S. M. (2013). Maternal depressive symptoms and children's emotional problems: can early child care help children of depressed mothers? *Jama Psychiatry*, 70(8), 830–8.
- Herba, C. M., Glover, V., Ramchandani, P. G., & Rondon, M. B. (2016). Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 983-992.
- Holmbeck, G.N. (2002). Post-hoc probing of significant moderational and mediational effects in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 87–96.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. & Nelson, C. B. (1993). Special Issue Toward a New Psychobiology of Depression in Women Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29(2), 85-96.
- Kuramoto, S. J., Brent, D. A. & Wilcox, H. C. (2009). The Impact of Parental Suicide on Child and Adolescent Offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(2), 137-151.
- Letourneau, N. L., Tramonte, L., & Willms, J. D. (2013). Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of pediatric nursing*, 28(3), 223-234.
- Lieb, R., Bronisch, T., Hofler, M., Schreier, A., & Wittchen, H. U. (2005). Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry*, 162(9), 1665-1671.
- Lindahl, V., Pearson, J. L. & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87.
- Lizardi, D., Sher, L., Sullivan, G. M., Stanley, B., Burke, A., & Oquendo, M. A. (2009). Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 406–410.

- Martini, J., Bauer, M., Lewitzka, U., Voss, C., Pfennig, A., Ritter, D., & Wittchen, H-U. (2019). Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *Journal of Affective Disorders*, 257, 518-526.
- Mebrahtu, H., Sherr, L., Simms, V., Weiss, H. A., Rehman, A. M., Ndlovu, P., & Cowan, F. M. (2020). Effects of maternal suicidal ideation on child cognitive development: a longitudinal analysis. *Aids and Behavior*, 24(8), 2421–2429.
- Mota, N. P., Chartier, M., Ekuma, O., Nie, Y., Hensel, J. M., MacWilliam, L., McDougall, C., Vigod, S. & Bolton, J. M. (2019). Mental Disorders and Suicide Attempts in the Pregnancy and Postpartum Periods Compared with Non-Pregnancy: A Population-Based Study. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(7), 482-491.
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(5), 460-470.
- Naicker, K., Wickham, M., & Colman, I. (2012). Timing of First Exposure to Maternal Depression and Adolescent Emotional Disorder in a National Canadian Cohort. *PLOS ONE*, 7(3), e33422.
- O'Connor, A., Geraghty, S., Doleman, G., & De Leo, A. (2018). Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review. *Mental Health & Prevention*, 12, 67-75.
- O'Connor, E. E., Langer, D. A. & Tompson, M. C. (2017). Maternal Depression and Youth Internalizing and Externalizing Symptomatology: Severity and Chronicity of Past Maternal Depression and Current Maternal Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology : An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 45(3), 557-568.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. (1989). Ontario Child Health Study: Correlates of Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 856-860.
- Paris, R., Bolton, R. E., & Weinberg, M. K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 309-321.
- Parsons, C. E., Young, K. S., Kringelbach, M. L., Stein, A., & Rochat, T. J. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 101(1), 57-79.
- Pfeffer, C. R., Karus, D., Siegel, K. & Jiang, H. (2000). Child survivors of parental death from cancer or suicide: depressive and behavioral outcomes. *Psycho-Oncology*, 9(1), 1-10.
- Pope, C. J., Xie, B., Sharma, V., & Campbell, M. K. (2013). A prospective study of thoughts of self-harm and suicidal ideation during the postpartum period in women with mood disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 483–8.
- Rao, W. W., Yang, Y., Ma, T. J., Zhang, Q., Ungvari, G. S., Hall, B. J., & Xiang, Y. T. (2021). Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(5), 711-720.

- Roy, C. A., Zoccolillo, M., Gruber, R., Boivin, M., Perusse, D., & Tremblay, R. E. (2005). Construct validity of an instrument to assess major depression in parents in epidemiologic studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 784–791.
- Shi, P., Ren, H., Li, H., & Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Research*, 261, 298-306.
- Sockol, L. E., Battle, C. L., Howard, M., & Davis, T. (2014). Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 465-469.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 174550651984404.
- Tremblay, R. E., Desmarais-Gervais, L., Gagnon, C., & Charlebois, P. (1987). The Preschool Behaviour Questionnaire: Stability of its Factor Structure Between Cultures, Sexes, Ages and Socioeconomic Classes. *International Journal of Behavioral Development*, 10(4), 467-484.
- Vichi, M., Berardelli, I. & Pompili, M. (2021). Completed suicide during pregnancy and postpartum. *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 57(1), 57-66. https://doi:10.4415/ann_21_01_09
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H.F., Luther, J.F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S. & Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490-498.

TABLEAU 1
Variables descriptives

	SD (n=170)	AvNaiss (n=34)	SousClin (n=28)	DépClin (n=36)	CS (n=38)	% total (n=306)	Significane (p) CS contre les 4 autres groupes (SD, AvNaiss, SousClin, DépClin) combinés	Significane (p) DépClin contre CS
Age de la mère (21 ans et -)	3,5% (n=6)	5,9% (n=2)	0%	2,8% (n=1)	10,5% (n=4)	4,2% (n=13)	Test exact Fisher = .063 ²	Test exact Fisher = .358
Éducation (% études secondaires partielles ou complétées versus études post-secondaires)	2,9% (n=5)	0% (n=0)	0% (n=1)	11,1% (n=4)	7,9% (n=3)	4,2% (n=13)	Test exact Fisher = .210	Test exact Fisher = .707
Revenu familial (% insuffisance de revenus)	11,2% (n=19)	11,8% (n=4)	3,6% (n=1)	19,4% (n=7)	13,2% (n=5)	11,8% (n=36)	Test exact Fisher = .788	$\chi^2=0,538$; p=.463
Statut conjugal (% célibataire 3 points de temps sur 5)	8,2% (n=14)	0%	3,6% (n=1)	16,7% (n=6)	18,4% (n=7)	9,2% (n=28)	Test exact Fisher = .063	$\chi^2=0,39$; p=.843
Consultation médecin	22,9% (n=39)	88,2% (n=30)	78,6% (n=22)	91,7% (n=33)	81,6% (n=31)	50,7% (n=155)	$\chi^2=16,601$; p < .001	Test exact Fisher = .310
Prise de médication pour trouble humeur ³	3% (n=4 sur 134)	8% (n=2 sur 25)	25% (n=7 sur 28)	27,6% (n=8 sur 29)	21,6% (n=8 sur 37)	11,5% (n=29 sur 253)	Test exact Fisher = .049	$\chi^2=0,315$; p=.575
Consommation drogue au cours des 12 derniers mois ⁴	4,6% (n=7 sur 151)	16,1% (n=5 sur 31)	7,1% (n=2 sur 28)	3% (n=1 sur 33)	18,4% (n=7 sur 38)	7,8% (n=22 sur 281)	Test exact Fisher = .017	Test exact Fisher = .060
Symptômes dépressifs durant la grossesse ⁵	14,7% (n=25)	14,7% (n=5)	21,4% (n=6)	27,8% (n=10)	34,2% (n=13)	19,3% (n=59)	$\chi^2=6,214$; p= .013	$\chi^2=0,357$; p=.55

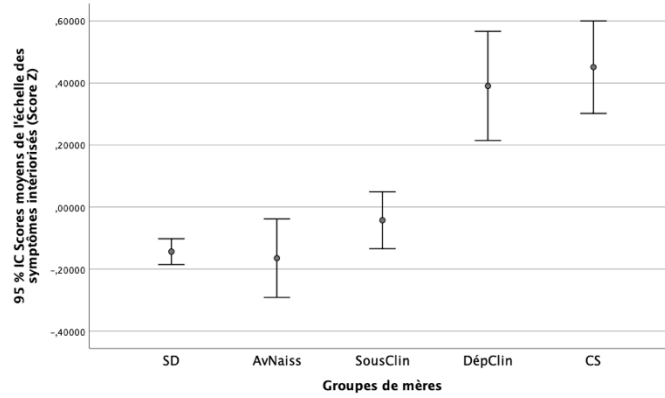
² À noter que les Test exact Fisher étaient rapportés lorsqu'une cellule comprenait un nombre de personne inférieur à 5.

³ n=253

⁴ n=281

⁵ n=59

Figure 1 . Répartition des scores moyens de l'échelle des symptômes intériorisés à travers les 5 groupes de mères⁴



⁴Les moyennes présentées avec 95% IC dans le graphique ont été ajustées pour les covariables

Figure 2 . Répartition des scores moyens de l'échelle des symptômes intériorisés selon le sexe à travers les 5 groupes de mères

Figure 2A. Répartition des scores moyens de l'échelle des symptômes intériorisés chez les garçons à travers les 5 groupes de mères⁵

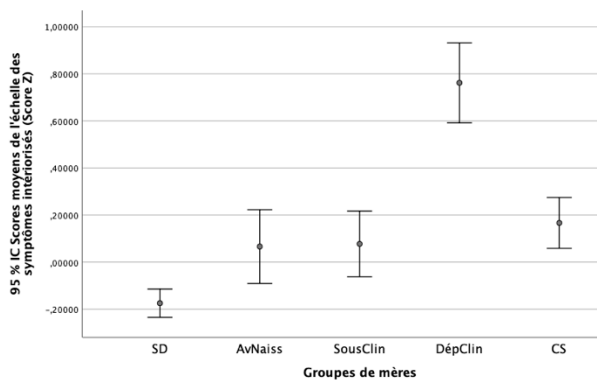
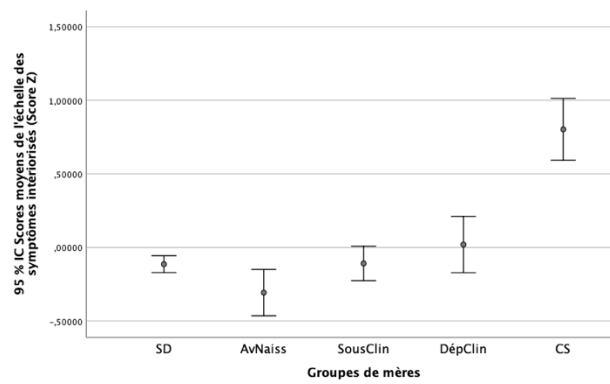


Figure 2B Répartition des scores moyens de l'échelle des symptômes intériorisés chez les filles à travers les 5 groupes de mères⁵



⁵Les moyennes présentées avec 95% IC dans les graphiques ont été ajustées pour les covariables

REMERCIEMENTS

La collecte de données de cette étude a été appuyée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (MOP-79420, IHD-107532 et POH-120254) et le Conseil canadien sur l'apprentissage. C.H. est titulaire d'une bourse salariale du Fonds de Recherche du Québec Santé (FRQS). J.R.S. est soutenu par le Fonds Monique Gaumont pour la recherche en maladies affectives.

Les auteurs remercient les familles participantes pour leur contribution.

CHAPITRE 3

DISCUSSION GÉNÉRALE

3.1 Discussion générale

La période de la maternité est une période significative dans la vie d'une femme. Bien qu'elle procure beaucoup de bonheur dans la vie de plusieurs, cette période représente également une période de risque pour des milliers de femmes qui souffrent de difficultés de santé mentale au cours de cette période (Vichi et al., 2021). La dépression maternelle a d'ailleurs beaucoup été étudiée et les associations non négligeables de la dépression maternelle en lien avec le bien-être des mères, les enfants, ainsi que les dynamiques familiales et conjugales sont bien documentées (Slomian et al., 2019). Cependant, peu d'études ont été faites sur les comportements suicidaires maternels et il y a encore moins de données qui portent sur la contribution unique des comportements suicidaires en comparaison avec un historique de dépression en l'absence de comportements suicidaires. Il est donc crucial d'étudier davantage cette problématique, afin de mieux comprendre les facteurs impliqués et de mieux orienter les interventions par la suite.

Devant l'ampleur des conséquences liées à cette problématique, cet essai avait pour but de répondre aux lacunes et au manque de connaissances entourant les mères présentant des comportements suicidaires dans la littérature. Pour ce faire, les sous-objectifs de ce projet de recherche étaient de 1) définir les caractéristiques des femmes de notre étude, afin d'avoir un meilleur portrait des caractéristiques de nos groupes, principalement notre groupe de femmes avec des comportements suicidaires, 2) d'examiner les associations entre l'historique probable de dépression et la contribution des comportements suicidaires chez la mère en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant, 3) d'explorer la possibilité d'un risque associé aux comportements suicidaires des mères en comparaison avec des mères présentant un historique de dépression sans rapporter de comportements suicidaires, en lien avec les symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant et 4) d'étudier si le sexe de l'enfant modère ces liens. Ce dernier chapitre présente donc une synthèse et une discussion sur les principaux résultats obtenus. Les retombées cliniques liées aux

différentes démarches de notre étude, les forces et limites de celle-ci, ainsi que les pistes futures à explorer seront également présentées dans ce chapitre.

Préalablement à discuter les résultats de notre étude, il est important de mentionner que les résultats à caractère descriptif présentés dans cette section doivent tout de même être interprétés avec précaution, étant donné le petit nombre de femmes présentes dans certaines catégories. Suivant les observations des études antérieures, nous avons postulé que les femmes du groupe de mères avec des comportements suicidaires seraient plus à risque de présenter les caractéristiques suivantes : avoir accouché à un jeune âge (Gordon et al., 2019), être sans partenaire (Mebrahtu et al., 2020), avoir vécu une dépression anténatale (Shi et al., 2018), avoir un niveau d'éducation (Lieb et al., 2005) et un statut socioéconomique plus faible (Martini et al., 2019). Les résultats obtenus soutiennent quelques éléments de notre hypothèse. D'abord en lien avec la présence de symptômes de dépression anténatale, les résultats suggèrent qu'il y a davantage de mères qui rapportent des symptômes dépressifs lors de la grossesse dans le groupe CS que dans les autres groupes de mères combinés. Ces résultats appuient les conclusions indiquant qu'un des prédicteurs les plus significatifs du développement des comportements suicidaires, outre un historique de tentative de suicide, concerne la présence d'un historique de difficulté de santé mentale chez la mère (O'Connor et al., 2018; Martini et al., 2019). Les variables de consultation au médecin et de prise de médication pour trouble de l'humeur, qui étaient également significativement plus rapportés par les mères du groupe CS, vont également dans le sens des résultats rapportés dans l'étude de Paris et al. (2009).

La consommation de drogue (cannabis et autre) au cours des douze derniers mois est également un facteur de risque associé spécifiquement au groupe de mères qui rapportent des comportements suicidaires. Il a d'ailleurs été rapporté que le risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide augmente avec la consommation de cannabis chez la population générale. Le risque est d'autant plus augmenté si la consommation est importante (CSMC, 2018). Les résultats des mères de notre étude concordent donc avec ces informations. D'autant plus, que les études portant sur la consommation de cannabis au cours de la grossesse ou de la période post-partum évoquent que très

peu de mères déclarent leur consommation de cannabis, et ce, pour diverses raisons, telles que la stigmatisation ou la peur des répercussions juridiques (Barbosa-Leiker et al., 2020; Statistique Canada, 2019). Il est donc possible que les résultats pour les mères de notre étude soient également sous-estimés.

En lien avec les autres éléments attendus dans notre hypothèse, les résultats ont illustré certaines tendances au niveau de l'âge et du statut conjugal des mères. Cela suggère que les mères de 21 ans et moins seraient légèrement plus représentées dans le groupe CS que dans les autres groupes combinés. Cet élément est intéressant, car les données concernant l'âge des mères divergent dans la littérature. À ce sujet, les études de Lieb et ses collaborateurs (2005) et de Faisal-Cury et ses collaborateurs (2021), n'ont trouvé aucune différence significative reliée à l'âge des mères. Néanmoins, les études de Gordon et ses collaborateurs (2019), Gressier et ses collaborateurs (2017), Howard et ses collaborateurs (2011) et la revue de littérature de Gelaye et ses collaborateurs (2016), ont rapporté des informations similaires à celles des données de notre étude, à savoir que les femmes ayant donné naissance à un plus jeune âge étaient les plus à risque de rapporter des comportements suicidaires. En contrepartie, des résultats contraires ont été rapportés dans l'étude Shi et ses collaborateurs (2018) qui indique que ce sont les femmes plus âgées qui étaient plus à risque de présenter des comportements suicidaires. Nos résultats d'une tendance concernant l'âge en tant que facteur de risque doivent être considérés dans une perspective culturellement sensible, qui s'expliquerait par le fait qu'au Québec et au Canada, être mère à un jeune âge s'inscrit souvent dans un certain contexte socioéconomique plus défavorisé, avec les facteurs associés à ce contexte (Charbonneau, 2006). Les résultats peuvent s'expliquer par le fait qu'être une jeune mère est souvent associé à un statut socioéconomique plus faible (Font et al., 2019; Pinheiro et al., 2012), à des niveaux de scolarité inférieurs (Pinheiro et al., 2012; Wiggins et al., 2005), à une diminution des possibilités d'avoir un emploi (Berrington et al., 2005; Pinheiro et al., 2012), d'être bien rémunérée (Berrington et al., 2005), une augmentation des risques de vivre sous le seul de la pauvreté (Font et al., 2019), de vivre des événements stressants (Charbonneau, 2006), de la violence conjugale (Charbonneau, 2006), de l'exclusion sociale (Whitley et Kirmayer, 2008) et de la stigmatisation en raison de leur statut parental (Whitley et Kirmayer, 2008). Par ailleurs, tous ces éléments associés à la maternité à un jeune âge sont également des facteurs de risque liés au

développement des comportements suicidaires. Il va donc de soi que la tendance obtenue dans les résultats au sujet de l'âge des mères doit être considérée dans un contexte plus large dans lequel la dépression et les comportements suicidaires ont une prédisposition à se présenter.

Le statut marital était un autre élément de notre hypothèse ayant démontré une tendance à travers nos résultats, indiquant que les mères célibataires étaient légèrement plus représentées dans le groupe CS, comparativement aux autres groupes. Ces résultats vont dans le sens de plusieurs autres études, telles que Martini et ses collaborateurs (2019), Kang et ses collaborateurs (2015), Lindahl et ses collaborateurs (2005) et de Lieb et ses collaborateurs (2005). Cette tendance dans les résultats de notre étude peut indiquer un signe de manque de support social de la part d'un deuxième parent, d'une situation de vie familiale plus complexe ou d'un contexte socioéconomique plus à risque, qui peut également contribuer au développement des comportements suicidaires (Martini et al., 2019). De plus, il est à nouveau pertinent de mentionner que l'âge des femmes et le contexte culturel dans lequel se trouve les mères influencent l'association à ce facteur de risque. Par exemple, dans certaines sociétés asiatiques où les valeurs sont plus traditionnelles, les mères célibataires peuvent se sentir davantage stigmatisées et ont moins accès aux mêmes avantages financiers et sociaux que les mères mariées (Kang et al., (2015).

Les données rapportées par les mères de notre étude ne permettent pas de faire de distinction significative entre les caractéristiques des groupes de mères ayant vécu un historique probable de dépression clinique (DépClin) et celles ayant des comportements suicidaires (CS). Toutefois, elles ont tout de même permis de montrer des tendances aux niveaux de certains facteurs augmentant le risque de vivre des comportements suicidaires au cours de la maternité en comparaison avec les autres groupes de mères combinés (âge, statut marital, symptômes dépressifs durant la grossesse, consommation de drogue (cannabis et autre) au cours des douze derniers mois, consultation au médecin et de prise de médication pour trouble de l'humeur). Les facteurs de risque observés chez les femmes de notre étude sont d'ailleurs similaires à ceux rapportés par les femmes présentes dans d'autres études (Brakenoff et al., 2016; Shi et al., 2019). En lien avec l'observation des facteurs de

risque qui n'étaient pas spécifiques au groupe de mères avec des comportements suicidaires, il aurait été intéressant d'aborder les différents comportements suicidaires des mères en groupes distincts. En effet, si la puissance de notre étude l'avait permis, il aurait été pertinent de diviser les mères présentant des idées suicidaires, des mères ayant fait une tentative de suicide, afin d'observer si certaines de ces caractéristiques auraient été spécifiques à un groupe de mères en particulier. Dans l'étude de Lieb et ses collaborateurs (2005), la force de l'association de leur résultat était reliée à la gravité des comportements suicidaires de la mère. En effet, les enfants étaient neuf fois plus à risque de présenter des idées suicidaires lorsque les mères avaient fait des tentatives de suicide, comparativement à cinq fois plus à risque lorsque les mères avaient uniquement des idées suicidaires. Ainsi, dans notre étude, il est possible que les associations présentées par les mères avec des tentatives de suicide uniquement aient été significatives. Finalement, il est pertinent de mentionner qu'un historique d'abus (abus sexuel dans l'enfance, violence conjugale, etc.) est considéré comme un facteur de risque aux comportements suicidaires des mères dans différentes études (Gelaye et al., 2016; Martini et al., 2019). Cependant, cette variable n'a pas été étudiée dans le contexte de notre étude.

Ensuite, en lien avec les comportements suicidaires des femmes de notre étude, on constate que 12,4% (n=38) des mères de notre échantillon (n=306) rapportent des comportements suicidaires depuis la naissance de leur enfant. À notre connaissance, cette étude est la première à s'intéresser aux comportements suicidaires des mères avec des données sur l'enfant allant de la naissance jusqu'à 7-8 ans, il est donc difficile de comparer ces pourcentages avec des études ayant un échantillon ou une période d'évaluation similaire. En effet, les recherches existantes ont souvent évalué les comportements suicidaires au cours de la grossesse (Gelaye et al., 2016), dans une période précise de la première année post-partum (Faisal-Cury et al., 2019; Paris et al., 2005; Wisner et al. 2013) ou dans un contexte d'historique à vie (Gordon et al., 2019; Lieb et al., 2005). D'ailleurs, Gordon et ses collaborateurs (2019), ayant étudié 545 mères de Londres, ont rapporté que 13,9% des mères de leur étude avaient un historique à vie de comportements suicidaires, soit un taux très similaire à celui observé dans notre étude, qui concerne toutefois la période après à la naissance de l'enfant jusqu'à 7-8 ans.

L'hypothèse de notre deuxième sous-objectif avançait que les mères ayant un historique probable de dépression (DépClin) et de comportements suicidaires (CS) depuis la naissance de l'enfant allaient rapporter des niveaux plus élevés de symptômes intériorisés et extériorisés chez leur enfant que les mères n'ayant pas rapporté d'historique de dépression depuis la naissance de l'enfant. Afin de répondre à cette hypothèse, des analyses de régressions linéaires ont été étudiées effectuées dans un modèle à trois niveaux. Les résultats obtenus supportent l'hypothèse formulée au niveau des symptômes intériorisés. En effet, les résultats révèlent que les mères présentant un historique probable de dépression clinique et des comportements suicidaires depuis la naissance de l'enfant rapportent davantage de symptômes intériorisés de manière globale, de symptômes dépressifs et de retrait social chez leur enfant que les mères sans historique de dépression. Les résultats concernant le groupe de mères avec un historique probable de dépression (DépClin) étaient cohérents avec les conclusions des études de Conroy et ses collaborateurs (2012), Fihrer et ses collaborateurs (2009), Feldman et ses collaborateurs (2009), Murray et ses collaborateurs (2011) et Naicker et ses collaborateurs (2012). Par contre, à notre connaissance, cette présente étude est la première à explorer, avec un échantillon communautaire, les associations entre les comportements suicidaires maternels et les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants de cet âge. Il est donc difficile de comparer nos résultats pour ce groupe de mère. D'ailleurs, les résultats indiquaient que les mères avec des comportements suicidaires rapportaient spécifiquement plus de symptômes anxieux chez leur enfant que les mères sans historique de dépression. Bien que certains auteurs (Bernard-Bonnin, 2004; Letourneau et al., 2013) ont trouvé des associations au niveau des symptômes d'anxiété chez les enfants des mères présentant des symptômes dépressifs, les résultats de notre étude ne l'ont pas illustré pour ce groupe de mères (DépClin) au niveau des analyses principales, mais plutôt au niveau de la modulation du sexe. En effet, les mères du groupe DépClin rapportaient plus de symptômes anxieux chez leur garçon que les mères du groupe SD.

L'hypothèse s'est avérée partiellement supportée au niveau des symptômes extériorisés. D'une part, effectivement les résultats indiquent que les mères présentant un historique probable de dépression clinique rapportaient des niveaux plus élevés de symptômes extériorisés (Fihrer et al., 2009) et de symptômes agressifs (Letourneau et al., 2013) chez leur enfant comparativement aux mères sans historique de dépression. Par contre, aucun résultat significatif n'a été décelé chez les enfants du

groupe de mères avec des comportements suicidaires. De plus, nos résultats n'ont pas indiqué d'associations principales entre les symptômes dépressifs de la mère et les symptômes d'inattention et d'hyperactivité chez les enfants, comme cela a été le cas dans les études de Galéra et ses collaborateurs (2011) et de Letourneau et ses collaborateurs (2013). Cependant, les associations observées pour certaines de ces sous-échelles étaient modérées par le sexe et sont abordées dans le paragraphe suivant.

Les hypothèses sur la modulation du sexe à travers ces régressions étaient exploratoires, étant donné l'hétérogénéité des résultats présents dans la littérature en fonction des problématiques abordées et de l'âge des enfants étudiés (Bernard-Bonnin, 2004; Goodday et al., 2019; Grace et al., 2003). Les résultats concernant les données de notre étude suggèrent que les garçons du groupe de mère DépClin seraient plus vulnérables que les garçons du groupe de mère SD quant aux symptômes intériorisés, aux symptômes dépressifs, aux symptômes anxieux et aux symptômes d'inattention. En lien avec les effets modérateurs du sexe dans les associations entre la dépression maternelle et les symptômes intériorisés, les résultats sont mitigés dans la littérature. Dans l'étude de Pizeta et ses collaborateurs (2018), aucun effet modérateur du sexe n'a été trouvé dans ces associations, tandis que d'autres études ont montré des effets, mais plus particulièrement au niveau des filles (Connelly et O'Connell, 2022; Goodman et al., 2011). Ces différences peuvent possiblement s'expliquer par des divergences au niveau méthodologique, comme l'âge auquel les données ont été observées. Par exemple, l'étude de Connelly et O'Connell (2022) a rapporté les résultats d'enfants de 9 à 13 ans et l'étude de Pizeta et ses collaborateurs (2018) ont étudié des enfants de 7 à 12 ans, comparativement à notre étude où les enfants étaient évalués de 2 ans à 7-8 ans. De plus, la période d'évaluation et la nature de la variable de la dépression maternelle étaient distinctes d'une étude à l'autre. Pizeta et ses collaborateurs (2018) évaluaient les épisodes récurrents de dépression, Connelly et O'Connell (2022) évaluaient la sévérité des symptômes dépressifs, à deux reprises (lorsque l'enfant avait 9 et 13 ans), tandis que notre étude évaluait une dépression clinique probable au cours de la période depuis la naissance de l'enfant à 7-8 ans.

Notre troisième sous-objectif était d'étudier la contribution des comportements suicidaires maternels et consistait à déterminer si les enfants des mères présentant des comportements suicidaires présentaient des résultats différents des enfants du groupe de mères ayant un historique probable de dépression (sans comportements suicidaires) au niveau des symptômes intériorisés et extériorisés des enfants. Malgré le caractère indépendant et important des comportements suicidaires qui a été avancé dans certaines études (Brakenhoff et al., 2017; Lieb et al. 2005) et contrairement à nos prédictions, les résultats des analyses n'ont décelé aucune différence significative sur les effets principaux des enfants des groupes DépClin et CS sur les échelles globales de symptômes intériorisés et extériorisés. Comme suggéré dans l'article (Chapitre 2), il y a une possibilité que cette distinction n'ait pas été en mesure d'être montrée en raison du regroupement des femmes ayant des idées suicidaires et des tentatives dans un même groupe.

Cependant, lorsque la modulation du sexe a été ajoutée aux analyses de notre troisième sous-objectif, on observe que les enfants du groupe de mères DépClin et du groupe de mères CS diffèrent au niveau de certains symptômes intériorisés et extériorisés. Effectivement, les mères du groupe CS rapportaient davantage de symptômes intériorisés, de symptômes anxieux et de symptômes d'inattention chez leur fille que les mères du groupe DépClin. Il est difficile de déterminer les éléments ou les mécanismes pouvant expliquer pourquoi les filles seraient plus à risque, car à notre connaissance, les études sur les CS maternels présentes dans la littérature n'ont pas observé les liens avec le sexe des enfants (Brakenhoff et al., 2017; Paris et al., 2009). La modulation du sexe dans les associations n'a possiblement pas été observée dans ces études en raison de leur petit échantillon. Des recherches supplémentaires, incluant des plus grands échantillons, seraient nécessaires afin de mieux comprendre les associations spécifiques au sexe et comment celles-ci évoluent dans le temps, avec l'âge de l'enfant.

Finalement, les résultats de nos analyses indiquent des différences significatives entre les enfants du groupe DépClin et CS en comparaison aux enfants du groupe SD, au niveau de certains symptômes intériorisés et extériorisés. Par contre, aucune différence significative n'a été décelée

au niveau des facteurs de risque entre les groupes DépClin et CS, ainsi qu'au niveau des effets principaux des enfants des groupes DépClin et CS sur les échelles globales de symptômes intériorisés et extériorisés. Les mères des groupes DépClin et CS semblent donc être similaires au niveau des facteurs de risque et des associations sur les symptômes intériorisés et extériorisés de leurs enfants. En lien avec les résultats de la présente étude, il ne semblerait donc pas avoir de risque unique aux comportements suicidaires maternels, par rapport au groupe DépClin, comme il l'avait été suggéré dans certaines études (Brakenoff et al., 2017; Lieb et al. 2005). Les résultats semblent plutôt rejoindre les conclusions de l'étude de Paris et ses collaborateurs (2009) qui suggéraient que les comportements suicidaires plus intenses et plus élevées étaient le résultat, entre autres, d'une plus grande sévérité de symptômes dépressifs.

3.2 Forces et limites de l'étude

3.2.1 Forces

Cette étude comporte plusieurs forces. D'abord, il va de soi que l'échantillon communautaire et les données des enfants qui couvrent une période allant de la petite enfance à 7-8 ans sont des richesses importantes de notre étude, qui répondent à plusieurs lacunes dans la littérature existante. Ensuite, les outils d'évaluation utilisés pour mesurer la présence des comportements suicidaires sont également un avantage de cette recherche. Comparativement à plusieurs études sur le sujet, utilisant une mesure se référant à la pensée de se faire du mal (par exemple dans le EPDS), nos groupes ont été basés sur la présence d'idées suicidaires et de tentative de suicide. D'ailleurs, un autre aspect intéressant de notre recherche concerne la période à laquelle nous avons évalué les comportements suicidaires (depuis la naissance versus à vie). Effectivement, notre démarche méthodologique a permis de cibler la présence des comportements suicidaires des mères à travers une période définie, soit depuis la naissance de l'enfant, comparativement à la majorité des études dont les comportements suicidaires étaient mesurés en période de grossesse (Gelaye et al., 2016) ou dans un contexte d'historique à vie (Gordon et al., 2019; Lieb et al., 2005). Cette période définie visée par nos analyses permet de renforcer la véracité des associations obtenues, étant donné que les variables étudiées étaient directement liées au développement de l'enfant, dont l'exposition devait

avoir lieu depuis sa naissance. Concernant nos variables dépendantes, il est important de mentionner que les mesures répétées de comportements et le fait d'étudier plusieurs catégories de comportements (les sous-échelles), plutôt que seulement les catégories globales de symptômes intériorisés et extériorisés a permis d'amplifier l'étendue de nos analyses et des connaissances sur le sujet. À notre connaissance, cette étude est la première à étudier les associations de la présence d'un historique probable de dépression et des comportements suicidaires maternels sur le développement des symptômes intériorisés et extériorisés des enfants à travers une période allant de la naissance jusqu'à 7-8 ans. Nos résultats permettent donc de contribuer à la littérature scientifique en psychologie.

3.2.2 Limites

Cette étude présente quelques limites à considérer. Elles sont principalement inhérentes aux faits que ce projet de recherche s'appuie sur une base de données à grande envergure, rendant impossible l'ajout de mesures ou d'instruments supplémentaires. De ce fait, deux outils de psychométrie différents ont été utilisés afin de mesurer les comportements suicidaires et les symptômes dépressifs des mères à deux points de temps différents. Le DIS a été utilisé à la collecte T1, tandis que le SCID a été utilisé à la collecte T5, dans une perspective actuelle au T5, mais également de manière rétrospective. Il est donc possible que cela ait créé certaines divergences dans les réponses des participants. Cependant, les construits des deux outils psychométriques sont très similaires et un travail méticuleux et rigoureux a été fait afin d'assurer une cohérence importante dans la mesure de l'historique probable de dépression et de la présence des comportements suicidaires. Deuxièmement, la question de dépistage du DIS, représente une limite face aux participantes qui auraient pu avoir des comportements suicidaires, sans avoir vécu une période de deux semaines ou plus de déprime ou de tristesse. Par contre, comme il a été mentionné préalablement, le SCID n'avait pas cette question de dépistage et il était utilisé de manière rétrospective, ce qui permettait de compléter les données du DIS. Troisièmement, il faut aussi considérer le fait que la base de données utilisée avait préalablement exclu de son échantillon certains enfants selon des critères spécifiques (prématurité, hospitalisation à la naissance, présentant un handicap diagnostiqué) et certaines mères (adolescentes, ne parlant ni anglais ni français). De plus, les analyses d'attrition

ont illustré que les familles ayant le plus de probabilité de ne pas compléter l'étude étaient entre autres celles avec une insuffisance de revenu familial et un niveau d'éducation plus faible. Cela rend alors l'échantillon de notre étude moins inclusif des familles pouvant présenter divers facteurs de risque et limite ainsi la validité externe (Côté et al., 2010). Quatrièmement, il est pertinent de rapporter le biais d'évaluateur commun. La mère rapporte ses symptômes dépressifs, mais également les symptômes intériorisés et extériorisés de son enfant. Les symptômes dépressifs et les cognitions négatives de la mère peuvent influencer la perception qu'elle a de l'enfant et donc influencer son évaluation (Ahun et al., 2018). Cependant, les résultats rapportés dans notre étude sont des moyennes de cinq points de temps, ce qui réduit l'impact possible de cette problématique. En plus, plusieurs résultats sont modérés par le sexe, donc le problème de variance des méthodes partagées est moins probable. Cinquièmement, nonobstant le fait que les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe bien des associations entre un historique probable de dépression maternelle, les comportements suicidaires et le développement des symptômes intériorisés et extériorisés, cette étude est corrélationnelle, il n'est donc pas possible d'établir de liens causaux ni la direction des effets. La sixième lacune concerne le fait que les femmes ayant des idées et des tentatives suicidaires étaient regroupées ensemble dans le groupe CS, pour des raisons de puissance. Cependant, comme il a été mentionné ci-haut, il se peut que ce regroupement ait joué un rôle dans les résultats concernant la contribution des comportements suicidaires maternels par rapport à l'historique probable de dépression maternelle. Il serait donc intéressant de reproduire cette étude avec un échantillon plus grand de mères présentant des comportements suicidaires, afin d'être en mesure d'analyser les enfants des mères ayant fait une tentative de suicide et les enfants des mères ayant eu des idées suicidaires de manière distincte, en comparaison avec les mères ayant un historique de dépression. Septièmement, malgré le fait que les résultats de cette étude proviennent de données longitudinales et qu'une certaine distinction temporelle était considérée (les épisodes ayant eu lieu depuis la naissance de l'enfant versus à vie), la puissance de notre étude n'a pas permis de traiter les données selon la période précise à laquelle les épisodes de dépression ou de CS ont eu lieu. De plus, bien que les données des symptômes intériorisés et extériorisés de l'enfant étaient longitudinales, elles étaient analysées sous forme de moyennes. Il est donc important de mentionner qu'elles ne permettent pas d'exploiter les nuances et les effets temporels de ces données. Finalement, des facteurs importants tels que la génétique, l'isolement, un historique d'abus sexuel

ou le rôle de l'autre parent, n'étaient pas évalués dans notre étude. Il n'était donc pas possible d'étudier les mécanismes sous-tendus par ces liens.

3.3 Retombées cliniques et pistes de recherches futures

3.3.1 Retombées cliniques

Bien que les résultats n'aient pas trouvé de différences à des niveaux significatifs concernant notre hypothèse exploratoire selon laquelle les mères ayant eu des comportements suicidaires depuis la naissance de leur enfant rapporteraient plus de symptômes intériorisés et extériorisés chez leur enfant que les mères rapportant un historique probable de dépression depuis la naissance de leur enfant. Les comportements suicidaires maternels restent une vulnérabilité importante et les résultats de notre étude ont tout de même permis de faire avancer les connaissances de la communauté scientifique concernant les facteurs de risque liés aux comportements suicidaires maternels, des associations entre un historique probable de dépression, les comportements suicidaires chez les mères et les symptômes intériorisés et extériorisés des enfants. Cela nous a également permis d'observer la modération du sexe à travers ces associations.

Les résultats obtenus à travers ce projet de recherche entraînent des retombées cliniques intéressantes à plusieurs niveaux. Ultimement, ils viennent préciser l'importance de faciliter l'identification des futures mères à risque afin de pouvoir intervenir le plus tôt et le plus adéquatement possible, afin d'assurer la santé mentale la plus optimale pour les mères et leurs enfants. Pour ce faire, nous proposons de mettre en place une évaluation efficace et adéquate des symptômes dépressifs, mais également et précisément des comportements suicidaires maternels au cours des suivis de grossesse et suite à l'accouchement. Sachant que les comportements suicidaires au cours de la grossesse sont associés à des symptômes dépressifs élevés en période post-partum et à des interactions mères-enfants plus problématiques (Gordon et al., 2019), il est primordial qu'une évaluation spécifique et adéquate soit établie dès la grossesse et à chacune des consultations avec des professionnels de la santé. Il est également pertinent de rappeler que la prévalence des

mères présentant des comportements suicidaires dans les études et les comportements suicidaires divulgués aux professionnels est souvent sous-estimée (Sockol et al., 2014). Notamment en raison des outils de dépistage qui ne sont pas adaptés, mais aussi en lien avec la désirabilité sociale, la stigmatisation et le caractère difficile des comportements suicidaires qui rendent les mères plus réticentes à aborder ce sujet d'elle-même et à s'exprimer sur celui-ci. Une évaluation adaptée, empathique et répétée, minimalement à chaque étape de la période de grossesse et suite à l'accouchement est à privilégier.

Avant de vérifier la pertinence des mesures existantes pour l'identification des mères à risque dans le contexte maternel, il est d'abord pertinent d'observer les lignes directrices mises en place à ce sujet. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC, 2019) mentionne que malgré le fait que plusieurs pays ont évoqué les avantages d'un dépistage prénatal de dépression et d'anxiété chez les mères, le Canada n'indique aucune ligne directrice à ce sujet ou sur les comportements suicidaires au cours de cette période. Pourtant, les données probantes évoquent formellement la difficulté à identifier la détresse et les symptômes liés à la santé mentale des mères au cours de la période périnatale si un dépistage normalisé n'a pas eu lieu systématiquement au cours de la période prénatale (ASPC, 2019). Ces informations confirment d'autant plus l'importance d'une telle évaluation. Parmi les outils d'évaluation existants et mis en place, les plus utilisés présentement dans la littérature scientifique sont le *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) et le EPDS (voir Gelaye et al., 2016). Par contre, ces outils ont été originairement développés pour évaluer la dépression et un seul item de chacun des outils évalue les comportements suicidaires et d'automutilations à travers leur échelle (Cox et al., 1987; Kroenke et al., 2001; Zhong et al., 2015). Considérant ces lacunes et le fait que ce ne sont pas toutes les femmes présentant des comportements suicidaires qui atteignent les seuils de dépression (Gelaye et al., 2016), que les taux sont considérables au cours de cette période (Vichi et al., 2021) et que les associations sur le développement des enfants ne sont pas négligeables, il serait pertinent de s'assurer qu'un outil court et efficace puisse être utilisé de manière valide afin d'intégrer les comportements suicidaires dans le dépistage et que des lignes directrices officielles soient émises. Lorsque les consultations avec leur professionnel de la santé en lien avec la grossesse et la période post-partum de la mère se terminent, il pourrait être bénéfique d'orchestrer la poursuite de ces évaluations de dépression et de

comportements suicidaires. Par exemple, cela pourrait être fait en parallèle avec les consultations des professionnels de la santé, relativement au développement de l'enfant (pédiatre, infirmière, etc.), qui sont très fréquentes lors des premières années de vie de l'enfant. Cela pourrait permettre une continuité dans le temps du dépistage des femmes à risque et d'améliorer les probabilités que les mères s'ouvrent et se dévoilent sur leurs symptômes plus préoccupants à un moment ou un autre au cours de ces différentes consultations. L'aspect de la santé mentale des mères doit être pris avec autant de sérieux et de considération que leur santé physique que ce soit au cours de la grossesse, mais également suite à l'accouchement et dans les années qui suivent.

Dans le but d'atteindre l'objectif de faciliter l'identification de mères à risque, nous proposons d'une part une évaluation des symptômes dépressifs et des comportements suicidaires de manière répétée et donc le développement d'un outil de dépistage spécifique aux comportements suicidaires et adapté à la période de la maternité. Par la suite, il s'agit d'élaborer une prise en charge efficiente des femmes qui ont été considérées à risque au cours des évaluations. Pour ce faire, nous proposons différentes pistes afin de développer des programmes d'intervention adaptés.

L'enquête sur la santé maternelle de Statistique Canada (2019) a montré que 85% des mères inquiètent au sujet de leurs émotions et de leur santé mentale en avaient parlé à autrui. Par contre, seulement 24% l'ont divulgué à un psychiatre, psychologue ou travailleur social et 43% à un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Cela suggère un manque significatif d'accès à des professionnels de la santé et la difficulté d'exprimer les inquiétudes de santé mentale à des professionnels qualifiés. Effectivement, les données de Champagne et ses collaborateurs (2018) illustrent que l'accessibilité des services psychosociaux, des services de santé mentale de première ligne pour les adultes et des services de psychiatrie spécialisés est problématique (faible ou préoccupante) dans presque tous les territoires de CISSS-CIUSSS au Québec. De plus, on sait que la majorité des symptômes de la dépression (fatigue, perte d'énergie, ralentissement psychomoteur, difficulté de concentration) peuvent provoquer des comportements d'évitement et rendent difficile la mise en action (American Psychiatric Association, 2013; Martell et al., 2010). Il est donc difficile

de s'attendre à ce que les mères présentant des symptômes de dépression ou des comportements suicidaires, avec toutes les responsabilités et les tâches qu'un enfant vient ajouter au quotidien, soient en mesure de s'arrêter pour prendre le temps de réaliser leur difficulté. En plus, de devoir se mobiliser pour chercher l'aide adéquate et ensuite de se déplacer pour obtenir le soutien et l'assistance appropriée d'un professionnel, dans ce contexte d'accès difficile. D'abord dans l'optique d'améliorer l'accessibilité aux services en santé mentale, il est impératif d'investir davantage dans ce domaine, d'améliorer la reconnaissance du travail des psychologues du réseau public et de fournir l'accès à des services d'aide et de soutien psychosociaux gratuitement, sans nécessité d'un diagnostic de trouble mental et dans un délai de temps raisonnable (Fresque, 2019). Ensuite, dans l'optique de favoriser la déstigmatisation de ces problématiques, nous proposons différentes options, dont la diffusion de campagnes de sensibilisation à travers la population générale, ainsi que dans les cours prénataux. Il est important de sensibiliser et d'informer les femmes enceintes, les mères, ainsi que leur entourage sur l'existence et la fréquence de ces difficultés dans le parcours de la maternité.

Dans ce même ordre d'idée, il pourrait également être intéressant de mettre en place des suivis téléphoniques ou des services à domicile aux femmes qui ont été identifiées à risque de présenter des symptômes dépressifs ou des comportements suicidaires. Un service de visite à domicile sur une base régulière pourrait être offert aux mères les plus à risque. Cette visite à domicile offerte par des professionnels de la santé qualifiés en santé mentale, pourrait permettre une opportunité de développer un lien de confiance avec les mères et d'évaluer en temps réel et dans l'environnement de la mère, sa santé mentale, son fonctionnement et les interactions entre la mère et l'enfant. Suite à ces rencontres à domicile, le professionnel de la santé pourrait également référer directement les cas urgents à des services de psychiatrie et de psychothérapie.

Dans un deuxième temps, les études ont bien montré que le sentiment d'isolement est un facteur de risque non négligeable (Chan et al., 2014; OMS, 2021) et que le soutien social et le sentiment d'appartenance sont des éléments de protection (CMSC, 2018). Il serait donc primordial de les

promouvoir et de les développer dans les futurs programmes d'intervention. Il y a la possibilité d'offrir ces programmes sous différentes formes. Par exemple, des groupes de support par les pairs au téléphone ont été développés par Dennis (2003) et l'efficacité de ces programmes a bien été montrée pour les mères souffrant de dépression post-partum. La mise en place de ce type de programme pourrait donc être pertinente et également répondre à certains des enjeux en lien avec la difficulté d'accès à des professionnel de santé. Une seconde proposition, soit celle d'un accès à des espaces thérapeutiques sous forme de thérapie de groupe basée sur des interventions cognitives et comportementales, notamment la psychoéducation, la gestion du stress, la résolution de problèmes et la restructuration cognitive (Hawton et al., 2016) pourrait également permettre de répondre aux enjeux d'accès aux professionnels de santé. Il a été rapporté que les interventions de type cognitif et comportemental sont efficaces pour réduire les symptômes dépressifs, les idées suicidaires, la détresse psychologique et améliorer la qualité de vie (Donker et al., 2009; Hawton et al., 2016). Nous proposons différentes suggestions pour ces groupes de mères qui seraient élaborés pour les mères à risque, afin de diminuer les symptômes dépressifs et de réduire les comportements suicidaires. Ils pourraient avoir comme but de soutenir le besoin de soutien social en créant des connexions et un réseau social, dans un espace thérapeutique sécuritaire et bienveillant. Ils pourraient également avoir comme prémisse de normaliser les expériences de ces femmes, par l'effet de groupe d'une part, mais aussi par la présentation de psychoéducation et de capsules informatives par des professionnels qualifiés, sur les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires, sur les différentes difficultés pouvant être vécues dans le cadre de la maternité et sur les différents stades de développement des enfants. Idéalement, il y aurait aussi la possibilité d'assister à des ateliers de coaching parental, qui pourrait favoriser l'adoption de pratiques parentales positives et la confiance des mères en lien avec leurs capacités parentales.

À la lumière des résultats de cette recherche et des données rapportées dans ce projet doctoral, on constate qu'il est bénéfique pour les mères et pour le développement des enfants d'intervenir de manière proactive et rapide sur les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires des mères. Nous souhaitons donc, au terme de cette discussion, que les pistes proposées dans cet essai doctoral permettent un dépistage et une prise en charge optimale, afin de contribuer à diminuer les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires chez les mères et par le fait même, atténuer

les associations possibles sur le développement des enfants. Pour ce faire, il va de soi que l'accessibilité aux soins de santé mentale doit être revue et améliorée et que la santé mentale des mères doit être intégrée dans les soins de premières lignes et lors des rendez-vous médicaux pour le suivi du développement de l'enfant.

3.3.2 Pistes de recherches futures

Nous espérons que cette étude puisse inspirer de nouvelles avenues de recherches dans le domaine. En ce sens, comme la puissance de notre étude ne permettait pas de diviser les mères selon leur comportements suicidaires respectifs (idées suicidaires versus tentatives de suicide), il serait pertinent d'approfondir les recherches en lien avec les mères présentant des comportements suicidaires, afin de mieux conceptualiser ces différentes associations entre les idées suicidaires et les tentatives de suicide des mères en lien avec le développement des enfants. De futures études pourraient intégrer des éléments du modèle de Goodman et Gotlib (1999), tel que la prédisposition génétique à travers ces associations, afin de répondre à une des lacunes de notre étude, qui ne considérait pas l'aspect génétique. Il serait également judicieux de poursuivre l'étude des liens à plus long terme et d'identifier les associations qui ont le risque de se poursuivre à l'adolescence et à l'âge adulte. Cela pourrait nous permettre de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents aux différences de sexe observées dans certains de nos résultats, comme plusieurs modérations du sexe semblent se présenter au début de l'adolescence (Connelly et O'Connell, 2022; Pizeta et al., 2018). Dans le même ordre d'idée, une autre piste de méthodologie intéressante serait d'évaluer la dépression maternelle et les comportements suicidaires maternels de façon systématique sur plusieurs points de mesure, sur une longue période de temps, comprenant la grossesse, la petite enfance, l'âge scolaire et l'adolescence de leur enfant. Cette évaluation présenterait un indice de sévérité pour les deux problématiques (la dépression et les comportements suicidaires) à chaque point de temps. Cela pourrait permettre d'évaluer les symptômes de dépression ainsi que les comportements suicidaires en parallèle, à chaque point de temps, sans créer de groupe spécifique. Le regroupement des femmes en groupe spécifique, comme dans le cas de la présente étude, ne permet pas l'observation de différents niveaux de sévérité à travers un même groupe ni d'étudier la contribution unique des deux éléments (symptômes dépressifs et CS). La méthodologie de la

proposition actuelle pourrait donc aider à mieux étudier les nuances et approfondir les connaissances, afin de savoir si les comportements suicidaires représentent un risque unique, au-delà de la sévérité de la dépression. De plus, cela nous aiderait à déterminer s'il existe une période d'exposition plus critique où les impacts seraient plus néfastes au développement de l'enfant, comme notre étude ne nous permettait pas de déterminer la période précise de dépression de la mère, à travers notre période d'évaluation (après la naissance de l'enfant jusqu'à 7-8 ans). Finalement, il serait également intéressant de reproduire cette étude en mesurant les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires de l'autre parent, afin de savoir si la santé mentale de l'autre parent peut agir comme un facteur de risque supplémentaire ou un facteur de protection.

CONCLUSION

Pour conclure, ce projet a permis de fournir une contribution importante à la recherche s'intéressant à la dépression et aux comportements suicidaires dans un contexte maternel, ainsi que les liens avec le développement des enfants. En effet, notre étude a mis en évidence des facteurs de risque qui semblent être associés au groupe de mères avec des comportements suicidaires que dans les autres groupes combinés, concernant les symptômes de dépression rapportés durant la grossesse, une consommation de drogue au cours des douze derniers mois, une prise de médication pour trouble de l'humeur et la consultation d'un médecin. Bien qu'aucune différence significative n'a été trouvée dans les analyses des effets principaux entre les enfants des mères DépClin et CS à l'échelle de notre étude, les résultats obtenus indiquent que les mères présentant un historique probable de dépression clinique (DépClin) et celles qui présentent des comportements suicidaires (CS) rapportent plus de symptômes intériorisés, de symptômes dépressifs et de retrait sociaux chez leur enfant que les mères sans historique de dépression (SD) et que plusieurs associations sont modérées par le sexe. En effet, les mères du groupe DépClin rapportent davantage de symptômes intériorisés, de symptômes anxieux, de symptômes dépressifs et de symptômes d'inattention chez leur garçon que les mères du groupe SD. En outre, les mères du groupe CS rapportent davantage de symptômes intériorisés, de symptômes anxieux et de symptômes d'inattention chez leur fille que les mères du groupe DépClin. Les résultats de notre étude soulignent l'importance des associations entre la dépression maternelle, les comportements suicidaires maternels et le développement des enfants. De plus, cela illustre la pertinence des implications au niveau de la santé publique, d'identifier les mères à risque et de fournir rapidement des stratégies d'intervention efficaces, afin de faciliter et promouvoir le bien-être de l'enfant et de la mère.

APPENDICE A
TABLEAU DES CRITÈRES 5 GROUPES DE MÈRES

	Sans historique de dépression (SD)	Épisode probable de dépression avant naissance (AvNaiss)	Épisode dépressif sous-clinique (SousClin)	Épisode probable de dépression clinique (DépClin)	Comportements Suicidaires (CS)
Symptômes et impact sur le fonctionnement	4 symptômes et - Sans fonctionnement altéré	5 et + avec fonctionnement altéré	5 et + sans fonctionnement altéré OU 4 symptômes avec fonctionnement altéré	5 symptômes et plus avec fonctionnement altéré	Peu importe le nombre de symptômes
Période	Avant ou depuis la naissance de l'enfant	Avant la naissance de l'enfant	Depuis la naissance de l'enfant	Depuis la naissance de l'enfant	Depuis la naissance de l'enfant
Comportements suicidaires	Absence	Possible dans dépression avant naissance	Possible dans dépression avant naissance	Possible dans dépression avant naissance	Présence

APPENDICE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (2 ANS)



Formulaire d'information et de consentement pour les évaluations à 24 mois

1. Titre de l'étude et nom des chercheurs

Les expériences de vie en milieu de garde et le développement psychosocial de l'enfant : le rôle et la qualité des milieux de garde.

Chercheur/es responsables : Sylvana Côté, PhD - Université de Montréal, John Lydon, PhD - McGill University.

Collaborateurs/trices : Richard E. Tremblay, PhD., Dr Michael Kramer, Michael Meaney, PhD., Christa Japel, PhD., Michel Boivin, PhD., Jean Séguin, PhD., Mark Zoccolillo, MD.

2. Source de financement

La chaire de recherche sur le développement de l'enfant de Richard E. Tremblay, PhD.,- Université de Montréal

3. Objectifs de l'étude

Vous avez participé au cours de l'année 2003-2004 à « L'étude montréalaise sur les enfants prématurés » entreprise en 1999 par le Dr Michael Kramer de l'université McGill. De cette étude, nous voulons suivre les enfants qui sont nés entre septembre 2003 et avril 2004 car environ 60% d'entre eux viennent d'entrer dans les milieux de garde.

Dans la province de Québec, près de 2/3 des enfants fréquentent des services de garde dès leur plus jeune âge et ce jusqu'à leur entrée dans le monde scolaire. Le but de cette étude est de déterminer l'impact de ce phénomène sur le développement de l'enfant. Cette étude veut mesurer à quel point les services de garde, les caractéristiques individuelles des enfants et leur environnement familial contribuent au développement psychosocial et au bien-être (niveau de stress) de l'enfant.

Pour atteindre ces objectifs, nous vous demandons une visite à la maison pour une entrevue, de remplir des questionnaires et la permission de visiter, s'il y a lieu, le milieu de garde que fréquente votre enfant. Nous voulons également prendre des échantillons de salive de votre enfant, à la maison et dans son milieu de garde. Cette étude se déroulera sur une période de 4ans: quand votre enfant aura 24, 36, 48 et 60 mois.

Nous espérons que les connaissances acquises par cette étude contribueront à améliorer les services aux enfants et à connaître les facteurs qui favorisent ou nuisent à leur développement.

4. Procédures

a) Entrevue à la maison (entre 1 ½ et 2 heures)

Un intervieweur vous posera des questions sur vos conditions de vie, vos comportements, votre bien-être et votre santé physique. Concernant votre enfant, nous vous questionnerons sur son comportement et son tempérament, sa santé physique, ses activités, et sur la relation que

vous entretenez avec lui/elle. Enfin, nous vous poserons des questions sur les services de garde auxquels vous avez eu recours pour votre enfant depuis sa naissance.

b) Questionnaires à compléter (30 à 45 minutes)

Avant de partir de la maison, nous remettrons à vous et à votre conjoint un questionnaire à compléter que vous nous retournerez par la poste. Les sujets abordés dans votre questionnaire sont les suivants : la grossesse, les habitudes de sommeil de l'enfant, vos relations avec votre enfant, le support du conjoint, vos comportements durant l'enfance et l'adolescence et vos activités de loisir. Les sujets abordés dans le questionnaire du conjoint touchent également les relations avec l'enfant, le comportement et tempérament de l'enfant ainsi que les habitudes de vie du conjoint.

c) Échantillons de salive à la maison et au service de garde

Le taux de cortisol dans la salive est un indicateur du niveau de stress vécu par les gens. Nous mesurons le taux de cortisol dans la salive de votre enfant pour comparer son niveau de stress à la maison et au milieu de garde, s'il en fréquente un. Nous vous demandons de prendre deux échantillons de salive de votre enfant à la maison pendant deux journées consécutives (4 échantillons en tout). Nous vous fournirons une procédure écrite et tout le matériel nécessaire. Il s'agit d'utiliser un Q-tip et de le mettre dans la bouche de votre enfant pendant quelques secondes et ensuite de mettre le bâtonnet dans un autre contenant. De la même façon, une assistante de recherche ou la personne en charge de votre enfant prendra deux échantillons de salive de votre enfant au service de garde durant deux jours consécutifs (4 échantillons en tout).

d) Observation du milieu de garde que fréquente votre enfant.

Votre enfant fréquente-t-il un milieu de garde? C'est à dire, est-ce que votre enfant est gardé/e par quelqu'un d'autre que vous en dehors de votre domicile; soit dans un centre de la petite enfance, en milieu familial ou en installation; soit dans une garderie privée, en milieu familial ou installation, soit dans un milieu non régi, comme chez une voisine ou quelqu'un de la parenté?

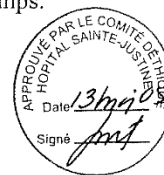
Oui ___ Non ___

Si oui, nous demandons votre autorisation pour nous communiquer le nom et les coordonnées de la personne responsable de la garde de votre enfant. Si vous acceptez, nous vous demandons de lui remettre, en notre nom, une enveloppe contenant tous les renseignements nécessaires.

Nous ferons une entrevue téléphonique avec la personne responsable de votre enfant afin qu'elle réponde à un questionnaire qui portera sur son expérience, les activités à la garderie, le comportement de votre enfant et sa relation avec lui/elle. Nous visiterons le milieu de garde fréquenté par votre enfant de son arrivée jusqu'après sa sieste de l'après-midi. Nous observerons votre enfant en relation avec les autres enfants et avec la personne qui est en charge de lui. Nous observerons, à l'aide d'une grille, différents aspects du milieu de garde : propreté du local, matériel disponible, activités offertes, etc. L'observatrice répondra également à un questionnaire sur les comportements de votre enfant et sa relation avec la personne qui en prend charge.

5. Risques

Votre participation à cette étude ne comporte pas de risques autres que la possibilité d'avoir à répondre à des questions plus personnelles ou des difficultés à répondre à certaines questions. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à une ou des questions en tout temps.



6. Bénéfices

Votre participation à cette étude ne vous apportera pas d'avantage particulier, sinon de savoir que votre participation aura contribué au progrès des connaissances sur le développement des enfants et du rôle joué par les milieux de garde sur ce développement.

7. Compensation.

En guise de compensation pour le temps consacré à l'étude, la famille recevra une somme forfaitaire de 25\$ après la réception des questionnaires complétés.

8. Liberté de participation

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc entièrement libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que votre refus ne vous nuise d'une quelconque façon. Vous pourrez retirer votre consentement et mettre un terme à votre participation à l'étude en tout temps sans aucun préjudice à votre endroit. Advenant cette éventualité, vous n'aurez pas à expliquer ni à justifier votre décision.

9. Confidentialité.

Tous les résultats recueillis dans le cadre de cette étude sont **strictement confidentiels**. Les résultats seront codifiés par numéro et seules les personnes autorisées auront accès à la liste établissant la correspondance entre les numéros et les noms des enfants.

Tous les questionnaires seront conservés dans un classeur fermé à clé dans un local fermé puis seront détruits cinq ans après la date de fin du projet.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique mais aucune information pouvant identifier votre enfant et vous-même ne sera alors dévoilée. Cependant, aux fins de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche et de l'organisme commanditaire consultent vos données de recherche.

Pour tout renseignement sur vos droits ainsi que sur les droits des enfants à titre de participant à ce présent volet de l'étude, vous pouvez contacter la conseillère à la clientèle de l'hôpital Sainte-Justine au (514) 345-4749.

Si vous désirez plus d'informations, maintenant ou plus tard, concernant cette étude, vous pouvez contacter les personnes suivantes :

Sylvana Côté	ou	Hélène Beauchesne	ou	John Lydon
Chercheuse principale		Coordonnatrice		Chercheur principal
Université de Montréal		Université de Montréal		McGill University
(514) 343-6111 ext. 8752		(514) 345-2182		(514) 398-8319

10. Responsabilité des chercheurs

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez pas à vos droits prévus par la loi ni à ceux de votre enfant. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice à votre enfant.

11. Accès aux données antérieures

Vous avez participé, il y a quelque temps, à l'étude montréalaise sur les prématurés sous la direction du Dr. Michael Kramer qui est membre de notre équipe de recherche. Nous vous demandons la permission d'avoir accès aux données recueillies lors de cette étude. Nous comprendrons que vous nous donnez cette autorisation, si vous acceptez de participer à cette nouvelle étude.



12. Consentement pour l'évaluation à l'âge de 24 mois

J'ai pris attentivement connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. On m'a donné l'occasion et le temps de poser des questions et s'il y a lieu, on a répondu de façon satisfaisante à ces questions. En signant ce formulaire je donne mon consentement pour participer à l'étude et je donne le consentement pour mon enfant _____ (s.v.p. inscrire le nom au complet de votre enfant) d'y participer. Je comprends que pour assurer ma participation aux autres volets de l'étude les chercheurs me contacteront au cours des trois prochaines années. Je comprends aussi que je peux refuser de répondre à n'importe quelle question et que je peux me retirer de l'étude en tout temps.

Entrevue à domicile, Questionnaire et Service de garde

Je donne mon consentement pour participer à l'entrevue à domicile et répondre à un questionnaire au sujet de ma famille et de mon enfant et je consens à donner le nom de la personne en charge de mon enfant, s'il fréquente un service de garde.

OUI___ NON___

Échantillons de salive

Je donne mon consentement pour que des échantillons de salive de mon enfant soient prélevés pendant deux journées consécutives : à la maison et dans son milieu de garde.

OUI___ NON___

Nom de la mère (en lettres moulées)

Nom du père (en lettre moulées)

Consentement de la mère pour elle-même (signature)

Consentement du père ou conjoint pour lui-même (signature)

Date

Date

13. Formule d'engagement du chercheur ou de la personne qu'il a déléguée

Le projet de recherche a été décrit au participant et/ou à son parent/tuteur ainsi que les modalités de sa participation. Un membre de l'équipe de recherche (chercheur ou assistant de recherche) a répondu à ses questions et lui a expliqué que sa participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

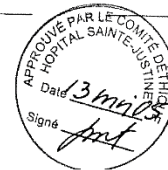
Signature du chercheur ou du délégué qui a obtenu le consentement

Date

Nom du chercheur ou du délégué et fonction (Lettres moulées)

Date

Consentements mères de l'étude MPS – 24 mois



4

Informations sur le milieu de garde

Cocher le service que fréquente votre enfant

Centre de la petite enfance- Milieu familial _____

Centre de la petite enfance- Installation _____

Garderie privée-milieu familial _____

Garderie privée-installation _____

Garderie non régie (tante, grand-mère, voisine, etc) _____

Nom de la garderie : _____
(ou de la gardienne)

Nom de la personne responsable du milieu de garde : _____

Adresse : _____ No d'apt : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél : _____

OU

Mon enfant est gardé à la maison : _____

Je ne fais pas garder mon enfant _____

Consentements mères de l'étude MPS – 24 mois



5

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (7-8 ANS)

Formulaire d'information et de consentement du parent (visite à domicile) Projet ÉMIGARDE 2011-2012



1. Titre de l'étude et nom des chercheurs

Étude sur le développement émotionnel des enfants.

Chercheuse responsable : Catherine Herba, Ph.D., Université de Montréal

Co-chercheurs : Sylvana Côté, Ph.D., Université de Montréal ; Jean R Séguin, Ph.D., Université de Montréal ;

Collaborateurs : Frank Vitaro, Ph.D., Université de Montréal ; Julia Kim-Cohen, Ph. D., Yale University

2. Source de financement

Instituts de recherche en santé de Canada (IRSC)

3. Objectifs de l'étude et invitation à y participer

L'objectif général de cette étude est de mieux comprendre le rôle des premières expériences de vie dans le développement des enfants. Cette année nous nous intéressons plus particulièrement au développement émotionnel des enfants. Pour ce faire, nous désirons examiner certaines caractéristiques individuelles des enfants, leur environnement familial et leurs expériences en dehors du milieu familial. Depuis cinq ans déjà, nous suivons la progression de votre enfant au sein de votre famille et dans son milieu de garde par l'entremise de visites et de questionnaires que vous avez remplis pour nous à chaque année.

Nous sollicitons aujourd'hui votre collaboration afin de pouvoir effectuer une visite à domicile avec vous et votre enfant. Nous désirons également contacter l'enseignant(e) de votre enfant pour qu'il ou elle remplisse un bref questionnaire.

Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressés à participer à l'étude cette année.

4. Déroulement : visite à domicile

L'équipe de recherche vous contactera dans les prochaines semaines pour vous informer des étapes à suivre concernant la visite à domicile. Avec votre consentement, nous prendrons rendez-vous avec vous et votre enfant afin que nous puissions venir à votre domicile. La durée totale de l'entrevue avec votre famille sera d'environ 1h30 minutes au cours de laquelle différentes activités seront effectuées :

- ❖ Un questionnaire papier à la mère d'une durée d'environ 45 minutes.
- ❖ Un questionnaire papier au père (ou conjoint) d'une durée d'environ 45 minutes.
- ❖ Une entrevue avec la mère d'une durée d'environ 20 minutes portant sur ses émotions et son humeur. Il y aura un enregistrement vocal de cette entrevue pour s'assurer qu'aucune information n'est perdue au cours de l'entretien.
- ❖ Trois courtes tâches informatisées présentées sous la forme de jeux (environ 20 minutes) avec votre enfant.
- ❖ Une activité avec l'enfant (environ 20 minutes) présentée sous forme de jeu qui fait intervenir des marionnettes et de courtes mises en situation. Cette activité est enregistrée sur vidéo afin de nous permettre de suivre la qualité du déroulement de l'activité, d'apporter des corrections à nos données, et à des fins de formation du personnel.

Dès l'arrivée de l'assistante, elle vous remettra le questionnaire à la mère et le questionnaire au père (ou conjoint) afin que vous puissiez les remplir durant la visite et les remettre à l'assistante avant son départ. Pendant ce temps, elle complètera les activités prévues avec votre enfant. Elle terminera ensuite la rencontre en compagnie de la mère.

5. Avantages et bénéfices

Votre collaboration à cette étude longitudinale ne vous procurera pas d'avantage particulier, sinon que de savoir que votre participation aura contribué au progrès des connaissances sur le développement des enfants.

6. Inconvénients et risques

Votre participation à cette étude ne comporte pas de risque autre que le fait d'avoir à répondre à des questions personnelles ou de rencontrer des difficultés à répondre à certaines questions. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à une ou des questions en tout temps. Le seul désagrément lié à votre participation est le temps que vous consacrerez à cette étude plutôt qu'à vos activités personnelles.

7. Confidentialité

Toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées de manière **strictement confidentielle** à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception prévue par la loi. Toutes les réponses données dans un questionnaire ou résultats obtenus seront codifiés et seules les personnes autorisées auront accès à la liste établissant la correspondance entre le numéro assigné à votre famille, votre nom et le nom de votre enfant. Vous ne serez identifié par votre nom en aucune circonstance. Les données seront conservées sous clé dans les locaux de l'équipe de recherche à l'Université de Montréal et au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine aussi longtemps que les chercheurs principaux pourront en assurer la bonne gestion.

À des fins de vérification de la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche ou de l'organisme subventionnaire consulte les données recueillies.

Finalement, les résultats de cette étude pourront faire l'objet de publications scientifiques ou être communiqués dans un congrès scientifique, mais aucune information pouvant identifier votre enfant et vous-même ne sera alors dévoilée.

8. Banque de données

Les données recueillies lors de ce présent volet de la recherche seront incluses dans la banque de données ÉMIGARDE, étude longitudinale sur les expériences de vie en milieu de garde et le développement psychosocial de l'enfant à laquelle vous participez depuis cinq ans. Cette banque de données, codées et informatisées, est conservée sur le serveur sécurisé de l'Université de Montréal et sera gérée par une seule personne à partir du CHU Sainte-Justine. Les données de la banque pourront être utilisées pour d'autres recherches dans le domaine psychosocial et pourront être utilisées par d'autres chercheurs qui acceptent de collaborer avec notre équipe. Chaque demande concernant l'utilisation des données doit être approuvée par les chercheurs principaux de l'étude et par le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine. Dans aucun cas, sans exception, des données permettant l'identification des participants ne sera transmise.

9. Responsabilité des chercheurs

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez pas à vos droits prévus par la loi ni à ceux de votre enfant. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice à votre enfant.

10. Compensation

En guise de compensation pour le temps consacré à l'étude, la famille recevra une somme forfaitaire de 25 \$ après la réception des questionnaires complétés. Un jouet/livre sera également remis à votre enfant pour le remercier de sa participation au projet.

11. Liberté de participation

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet sans que votre refus ne vous nuise d'une quelconque façon. Vous pourrez retirer votre consentement et mettre un terme à votre participation à l'étude en tout temps sans aucun préjudice à votre endroit. Advenant cette éventualité, vous n'aurez pas à expliquer ni à justifier votre décision. En cas de retrait de l'étude, les vidéos et données non encore analysées seront détruites.

12. Information complémentaire

Pour plus d'information concernant cette recherche, veuillez contacter Katja Valois, coordonnatrice de cette étude au CHU Sainte-Justine au (514) 345-2182.

Pour tout renseignement sur les droits de votre enfant à titre de participant à ce projet de recherche, vous pouvez contacter le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.





13. Questionnaire destiné à l'autre parent.

Veillez cocher l'option qui vous convient le mieux. Ne cochez qu'une seule option.

a) Le second parent biologique ou votre conjoint(e), selon le cas, habite avec vous. Dans ce cas, il suffit qu'il (elle) complète le formulaire de consentement et le questionnaire à son intention. Ce questionnaire lui sera remis lors de la visite	()
b) L'autre parent n'habite pas avec vous. Vous pouvez lui remettre le formulaire de consentement et le questionnaire à son intention et lui demander de nous le retourner dans l'enveloppe préaffranchie.	()
c) L'autre parent n'habite pas avec vous. Avec votre consentement, nous contacterons l'autre parent aux coordonnées que vous nous fournirez, et nous lui ferons parvenir un formulaire de consentement et un questionnaire. Coordonnées de l'autre parent : _____ _____	()
d) Si ces options ne répondent pas bien à votre situation, veuillez contacter la coordonnatrice du projet, Katja Valois, au (514) 345-2182.	()

14. Consentement et assentiment pour la visite à domicile et le contact avec le professeur (enfant de 7 ou 8 ans)

J'ai pris attentivement connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'en ai reçu un exemplaire. On m'a donné l'occasion de poser des questions et s'il y a lieu, on a répondu de façon satisfaisante à ces dernières. Je comprends que le présent volet de cette étude a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine. Je comprends aussi que je peux refuser de répondre à n'importe quelle question et que je peux me retirer de l'étude en tout temps.

Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche :

Contact scolaire :

J'autorise les chercheurs ou un membre de l'équipe de recherche à contacter l'enseignant de mon enfant afin qu'il ou elle soit invité(e) à répondre à un bref questionnaire sur mon enfant (entourez la réponse voulue et apposez vos initiales) :

oui _____ non _____
(initiales) (initiales)

Visite à domicile :

En signant ce document, je consens à ce qu'une assistante de recherche communique avec moi pour céduer une visite à domicile. Je consens également à remplir certains questionnaires à mon sujet et au sujet de mon enfant. Finalement, je consens à ce qu'une assistante de recherche effectue des petits jeux avec des marionnettes et des tâches à l'ordinateur avec mon enfant lors de cette visite à domicile. J'autorise également l'enregistrement vidéo de la séance.

Nom de l'enfant (en lettres moulées) : _____

Assentiment de l'enfant (signature) : _____ Date _____

Je comprends le projet et je veux y participer
oui _____ non _____

Nom du parent ou du tuteur ou de la tutrice : _____
(en lettres moulées)

Consentement du parent ou du tuteur ou de la tutrice pour lui-même ou elle-même et pour l'enfant (signature)

_____ Date _____

15. Formule d'engagement du chercheur ou de la personne qu'il a déléguée

J'ai expliqué au participant et à son parent/tuteur tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que cette dernière peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui a obtenu
le consentement (en lettres moulées)

Signature

Date



RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301. <http://doi:10.1037/0033-2909.85.6.1275>
- Achenbach, T. M. (1991). *Manuel for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: Author.
- Ahun, M. N., Consoli, A., Pingault, J. B., Falissard, B., Battaglia, M., Boivin, M., Tremblay, R. E., Cote, S. M. (2018). Maternal depression symptoms and internalising problems in the offspring: the role of maternal and family factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(7), 921-932. <https://doi:10.1007/s00787-017-1096-6>
- Agence de santé publique du Canada (2019). Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : Lignes directrices nationales, 2018-2019. (publication N°HP15-30/3-2019F-PDF). <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-3/maternity-newborn-care-guidelines-chapter-3-fr.pdf>
- Ahun, M. N., Consoli, A., Pingault, J. B., Falissard, B., Battaglia, M., Boivin, M., Tremblay, R. E., Cote, S. M. (2018). Maternal depression symptoms and internalising problems in the offspring: the role of maternal and family factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(7), 921-932. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1096-6>
- Albert P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women?. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 40(4), 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amjad, S., Chandra, S., Osornio-Vargas, A., Voaklander, D., & Ospina, M. B. (2019). Maternal area of residence, socioeconomic status, and risk of adverse maternal and birth outcomes in adolescent mothers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(12), 1752-1759.
- Appleby, L. (1991). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ : British Medical Journal*, 302(6769), 137-140. <https://doi:10.1136/bmj.302.6769.137>
- Atherton, O. E., Ferrer, E., & Robins, R. W. (2018). The development of externalizing symptoms from late childhood through adolescence: A longitudinal study of Mexican-origin youth. *Developmental psychology*, 54(6), 1135–1147. <https://doi.org/10.1037/dev0000489>
- Barber, B. K. (1992). Family, Personality, and Adolescent Problem Behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 54(1), 69-79. <https://doi.org/10.2307/353276>

- Barbosa-Leiker, C., Burduli, E., Smith, C. L., Brooks, O., Orr, M., & Gartstein, M. (2020). Daily Cannabis Use During Pregnancy and Postpartum in a State With Legalized Recreational Cannabis. *Journal of addiction medicine*, *14*(6), 467–474. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000625>
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, *31*(4), 394-402.
- Beck, C. T., & Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, *34*(5), 569-576. <https://doi: 10.1177/0884217505279995>
- Behar, L., & Stringfield, S. (1974). Behavior rating scale for preschool child. *Developmental Psychology*, *10*(5), 601-610.
- Berkout, O. V., Young, J. N., & Gross, A. M. (2011). Mean girls and bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. *Aggression and Violent Behavior*, *16*(6), 503-511. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.06.001>
- Bernard-Bonnin, A. C. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, *9*(8), 575-583. <https://doi: 10.1093/pch/9.8.575>
- Berrington, A., Diamond, I., Ingham, R., Stevenson, J., Borgoni, R., Cobos Hernández, M. I., & Smith, P. W. (2005). Consequences of Teenage Parenthood: Pathways which minimise the long term negative impacts of teenage childbearing.
- Brakenhoff, B., Wu, Q., & Slesnick, N. (2018). Substance using mothers experiencing suicidal thoughts: impact of parenting behaviors on child behavior problems. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(2), 629–638. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0897-z>
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry*, *53*(12), 1145-1152.
- Brent, D. A. & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, *133C*(1), 13-24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042
- Brent, D. A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *The Psychiatric clinics of North America*, *31*(2), 157–177. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.001>
- Brody, L. R. (1985). Gender differences in emotional development: A review of theories and research. *Journal of Personality*, *53*(2), 102-149. <https://doi: 10.1111/j.1467-6494.1985.tb00361.x>
- Bodnar-Deren, S., Klipstein, K., Ferish, M., Shemesh, E., & Howell, E. A. (2016). Suicidal Ideation During the Postpartum Period. *Journal of women's health (2002)*, *25*(12), 1219–1224. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5346>

- Boekhorst, M., Beerthuisen, A., Endendijk, J. J., Van Broekhoven K., Van Baar A., Bergink V., & Pop V. (2019). Different trajectories of depressive symptoms during pregnancy. *J Affect Disord*, 248, 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.021>
- Boivin, M., Pérusse D., Dionne, G., Saysset, V., Zoccolillo, M., Tarabulsky, G. M., Tremblay, N., & Tremblay, R. E. (2005). The genetic-environmental etiology of parents' perceptions and self-assessed behaviours toward their 5-month-old infants in a large twin and singleton sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), 612–630. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00375.x>
- Bordeleau, D. (1994). Exploration phénoménologique de l'idée suicidaire. *Santé mentale au Québec*, 19(2), 105-116. <https://doi.org/10.7202/032315ar>
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American journal of psychiatry*, 173(11), 1094-1100. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 233-242. doi: 10.1007/s00737-006-0132-1
- Cain, A. C. & Fast, I. (1966). Children's disturbed reactions to parent suicide. *American Journal of Orthopsychiatry*, 36(5), 873-880. doi: 10.1111/j.1939-0025.1966.tb02416.x
- Camirand, H., Traoré, I. & Baulne, J. (2016, octobre). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Institut de la statistique du Québec. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2679758>
- Campos, J. J., Campos, R. G., & Barrett, K. C. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 394-402. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.394>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 28 (1), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Cerel, J., & Roberts, T. A. (2005). Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 36(4), 352.e358-352.e314. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.08.010>
- Cerel, J., Frey, L. M, Maple, M., & Kinner, D. G. (2016). Parents with suicidal behavior: Parenting is not always protective. *Journal of child and family studies*, 25(7), 2327-2336.
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Which are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31, S18-S25.

- Champagne, F., Contandriopoulos, A., Ste-Marie, G. & Chartrand, E. (2018) *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*. École de santé publique (ESPUM) et Institut de recherche en santé publique (IRSPUM) Université de Montréal.
[http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81\(reduit\).pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilite%CC%81(reduit).pdf)
- Chan, S. M., Chiu, F. K., Lam, C. W., Wong, S. M., & Conwell, Y. (2014). A multidimensional risk factor model for suicide attempts in later life. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 1807–1817. <https://doi.org/10.2147/NDT.S70011>
- Charrois, J., Côté, S. M., Japel, C., Séguin, J. R., Paquin, S., Tremblay, R. E., & Herba, C. M. (2017). Child-care quality moderates the association between maternal depression and children's behavioural outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(11), 1210-1218. <https://doi:10.1111/jcpp.12764>
- Chartrand, E. (2001, mars). *Le suicide dans la région du Nord-du-Québec*. Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.
<http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2922250164.pdf>
- Chatha, S. A., & Ahmad, D. K. (2020). Socio-economic status and domestic violence: a study on married women in urban Lahore, Pakistan. *South Asian Studies*, 29(1).
- Chaudron, L. H., Klein, M. H., Remington, P., Palta, M., Allen, C., & Essex, M. J. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 103-112. doi:10.3109/01674820109049960
- Commission de la santé mentale du Canada. (2018). *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherche ultérieurs*.^{[1][2]} Agence de la santé publique du Canada. <https://commissionsantementale.ca/ce-que-nous-faisons/prevention-du-suicide/>
- Connelly, J. P., & O'Connell, M. (2022). Gender differences in vulnerability to maternal depression during early adolescence: Girls appear more susceptible than boys. *Psychology in the Schools*, 59(2), 297-315.
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 51-61. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.10.007>
- Cooper, C., Jones, L., Dunn, E., Forty, L., Haque, S., Oyeboode, F., . . . Jones, I. (2007). Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. *Psychol Med*, 37(9), 1273-1280. <https://doi: 10.1017/s0033291707000116>
- Copeland, W. E., Goldston, D. B., & Costello, E. J. (2017). Adult associations of childhood suicidal thoughts and behaviors: a prospective, longitudinal analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(11), 958-965.

- Cote, S. M., Boivin, M., Liu, X., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Tremblay, R. E. (2009). Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk factors during early childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, *50*(10), 1201-1208. [https://doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02099.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02099.x)
- Côté, S. M., Mongeau, C., Japel, C., Xu, Q., Séguin, J. R., & Tremblay, R. E. (2013). Child Care Quality and Cognitive Development: Trajectories Leading to Better Preacademic Skills. *Child development*, *84*(2), 752-766. doi: 10.1111/cdev.12007
- Côté, S. M., Mongeau, C. & Xu, Q. (2010, janvier). *For whom and under what conditions are preschool child care services leading to better cognitive development?*. Canadian Council on Learning. <http://www.cclcca.ca/pdfs/FundedResearch/201009CoteMongeauXuFullReport.pdf>
- Côté, S. M., Tremblay, R. E., Nagin, D., Zoccolillo, M., & Vitaro, F. (2002). The development of impulsivity, fearfulness, and helpfulness during childhood: patterns of consistency and change in the trajectories of boys and girls. *J Child Psychol Psychiatry*, *43*(5), 609-618. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00050>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Crawford, N.A., Schrock, M. & Woodruff-Borden, J. (2011). Child Internalizing Symptoms: Contributions of Child Temperament, Maternal Negative Affect, and Family Functioning. *Child Psychiatry Hum Dev* **42**, 53–64. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0202-5>
- Dahmen, B., Firk, C., Konrad, K., & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). Adolescent parenting–developmental risks for the mother-child dyad. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, *41*(6), 407-17.
- Dennis, C.-L. (2003). The Effect of Peer Support on Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *48*(2), 115-124. <https://doi.org/10.1177/070674370304800209>
- Donker, T., Griffiths, K.M., Cuijpers, P. et Christensen H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med* **7**(79). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: an integrative review. *Psychol Bull*, *108*(1), 50-76.
- Ellenbogen, M. A., & Hodgins, S. (2004). The impact of high neuroticism in parents on children's psychosocial functioning in a population at high risk for major affective disorder: A family–environmental pathway of intergenerational risk. *Development and Psychopathology*, *16*(1), 113-136. DOI: 10.1017/S0954579404044438

- Essex, M. J., Klein, M. H., Miech, R., & Smider, N. A. (2001). Timing of initial exposure to maternal major depression and children's mental health symptoms in kindergarten. *British Journal of Psychiatry*, *179*(2), 151–156. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.2.151>
- Faisal-Cury, A., Levy, R. B., & Matijasevich, A. (2021). The Relationship Between Mother–Child Bonding Impairment and Suicidal Ideation in São Paulo, Brazil. *Maternal and Child Health Journal*, *25*(5), 706-714. doi: 10.1007/s10995-020-03024-z
- Fauveau, V., & Blanchet, T. (1989). Deaths from injuries and induced abortion among rural Bangladeshi women. *Soc Sci Med*, *29*(9), 1121-1127. [https://doi.org/10.1016/02779536\(89\)90025-7](https://doi.org/10.1016/02779536(89)90025-7)
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J. & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(9), 919-927. doi: <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651>
- Fennig, S., Craig, T., Lavelle, J., Kovasznay, B., & Bromet, E. J. (1994). Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Compr Psychiatry*, *35*(5), 341-348.
- Fernandez, L., Aulagnier, M., Bonnet, A., Guinard, A., Pedinielli, J. & Préau, M. (2005). Outils psychométriques. Dans Verger, P., *Démarches épidémiologiques après une catastrophe anticiper les catastrophes*: La Documentation française.
- Fihrrer, I., McMahon, C. A., & Taylor, A. J. (2009). The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1-3), 116-123. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.001
- Findley, L. (2017, 18 janvier). *Dépression et idéation suicidaire chez les Canadiens de 15 à 24 ans* (publication N° 82-003-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017001/article/14697-fra.pdf>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV® axis ii personality disorders SCID-II*. American Psychiatric Pub.
- Font, S. A., Cancian, M., & Berger, L. M. (2019). Prevalence and risk factors for early motherhood among low-income, maltreated, and foster youth. *Demography*, *56*(1), 261-284.
- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, E., & Potvin, P. (2000). Les facteurs discriminants sur les plans personnel, familial et scolaire entre les troubles de comportement intériorisés, extériorisés et concomitants chez des élèves de première secondaire. *Revue des sciences de l'éducation*, *26*(1), 197-218. <https://doi.org/10.7202/032034ar>

- Foster, C. E., Webster, M. C., Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Rush, A. J., ... & King, C. A. (2008). Course and severity of maternal depression: Associations with family functioning and child adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(8), 906-916.
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., ... & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G. & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*(119), 1-8. doi:[10.1037/e439372005-001](https://doi.org/10.1037/e439372005-001)
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R. & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The lancet. Psychiatry*, 3(10), 973-982. [https://doi: 10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- Georgiopoulos, A. M., Bryan, T. L., Wollan, P., & Yawn, B. P. (2001). Routine screening for postpartum depression. *The Journal of family practice*, 50(2), 117-122.
- Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. P., Pingault, J. B., Melchior, M., Michel, G., Boivin, M. & Tremblay, R. E. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Arch Gen Psychiatry*, 68(12), 1267-1275. [https://doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.138](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.138)
- Gandhi, S. G., Gilbert, W. M., McElvy, S. S., El Kady, D., Danielson, B., Xing, G., & Smith, L. H. (2006). Maternal and neonatal outcomes after attempted suicide. *Obstet Gynecol*, 107(5), 984-990. [https://doi:10.1097/01.AOG.0000216000.50202.f6](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000216000.50202.f6)
- Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The lancet. Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
- Georgiopoulos, A. M., Bryan, T. L., Wollan, P., & Yawn, B. P. (2001). Routine screening for postpartum depression. *The Journal of family practice*, 50(2), 117-122. [https://doi: 10.1097/GRF.0b013e3181b5a57c](https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e3181b5a57c)
- Geulayov, G., Metcalfe, C., Heron, J., Kidger, J., & Gunnell, D. (2014). Parental suicide attempt and offspring self-harm and suicidal thoughts: Results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(5), 509-517. [https://doi: 10.1016/j.jaac.2013.12.022](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.022)
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 25-35.

- Goldney, R. D., Dal Grande, E., Fisher, L. J., & Wilson, D. (2003). Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. *Journal of Affective Disorders, 74*(3), 267-272. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00017-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00017-4)
- Goodday, S. M., Bondy, S., Sutradhar, R., Brown, H. K. & Rhodes, A. (2019). Exposure to maternal depressive symptoms in childhood and suicide-related thoughts and attempts in Canadian youth: test of effect-modifying factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 54*(2), 191-200. <http://doi/10.1007/s00127-018-1612-0>
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev, 106*(3), 458-490.
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual review of clinical psychology, 3*(1), 107-135.
- 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. *Clin Child Fam Psychol Rev, 14*(1), 1-27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1
- Goodwin, R. D., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Research, 126*(2), 159-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2004.02.010>
- Gordon H, Nath S, Trevillion K, Moran, P., Pawlby, S., Newman, L., Howard, L. M. & Molyneaux, E. (2019). Self-harm, self-harm ideation, and mother- infant interactions: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry, 80*(5). <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12708>
- Gouvernement du Canada. (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada 2006* (publication n° HP5-19/2006E-PDF). <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/11-eng.php>
- Gouvernement du Canada. (2019, 18 juillet). *Données sur le suicide au Canada (infographique)*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donees-suicide-canada-infographique.html>.
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health, 6*(4), 263-274. <https://doi: 10.1007/s00737-003-0024-6>
- Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud-Freudenthal, N. M., & Sutter-Dallay, A. L. (2017). Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Journal of psychiatric research, 84*, 284-291. <https://doi:10.1016/j.jpsychires.2016.10.009>

- Gutierrez, P. M. (1999). Suicidality in parentally bereaved adolescents. *Death Studies*, 23(4), 359-370. doi: 10.1080/074811899201000
- Gutman, L. M., & Codiroli McMaster, N. (2020). Gendered pathways of internalizing problems from early childhood to adolescence and associated adolescent outcomes. *Journal of abnormal child psychology*, 48(5), 703-718. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00623-w>
- Hails, K. A., Reuben, J. D., Shaw, D. S., Dishion, T. J., & Wilson, M. N. (2018). Transactional associations among maternal depression, parent–child coercion, and child conduct problems during early childhood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(sup1), S291-S305.
- Hammerton, G., Mahedy, L., Mars, B., Harold, G. T., Thapar, A., Zammit, S., Collishaw, S. & Ebmeier, K. (2015). Association between Maternal Depression Symptoms across the First Eleven Years of Their Child’s Life and Subsequent Offspring Suicidal Ideation. *PLoS ONE*, 10(7), e0131885. [https://doi: 10.1371/journal.pone.0131885](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131885)
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 11-53. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.1.11>
- Hawton, K., Haw, C., Houston, K., & Townsend, E. (2002). Family history of suicidal behaviour: prevalence and significance in deliberate self-harm patients: family history of suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 387–393. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02003.x>
- Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. & Heeringen, K. V. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 740-750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)
- 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. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(7), 871-889.
- Healey, C., Morriss, R., Henshaw, C., Wadoo, O., Sajjad, A., Scholefield, H., & Kinderman, P. (2013). Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: an audit study. *Archives of Women's Mental Health: Official Journal of the Section on Women's Health of the World Psychiatric Association*, 16(3), 237-245. [https://doi: 10.1007/s00737-013-0335-1](https://doi.org/10.1007/s00737-013-0335-1)
- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: an overview of the literature. *Frontiers in psychiatry*, 10, 203.
- Henshaw, C. (2007). Maternal suicide. In: Cockburn J, Pawson M (eds) Psychological challenges in obstetrics and gynecology: the clinical Management. Springer, New York, 157–164.

- Herba, C. M., Ferdinand, R. F., van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2007). Long-term associations of childhood suicide ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46*(11), 1473-1481. [https://doi: 10.1097/chi.0b013e318149e66f](https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318149e66f)
- Herba, C. M., Tremblay, R. E., Boivin, M., Liu, X., Mongeau, C., Séguin J. R., & Côté S. M. (2013). Maternal depressive symptoms and children's emotional problems: can early child care help children of depressed mothers? *Jama Psychiatry, 70*(8), 830–8. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1361>
- Herba, C. M., Glover, V., Ramchandani, P. G., & Rondon, M. B. (2016). Maternal depression and mental health in early childhood: an examination of underlying mechanisms in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry, 3*(10), 983-992. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30148-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30148-1)
- Holmbeck, G.N. (2002). Post-hoc probing of significant moderational and mediational effects in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology, 27*, 87–96.
- Howard, L. M., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., & Tylee, A. (2011). The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *Bmc Pregnancy and Childbirth, 11*. [https://doi: 10.1186/1471-2393-11-57](https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-57)
- Hyde, J. S., Klein, M. H., Essex, M. J., & Clark, R. (1995). Maternity leave and women's mental health. *Psychology of Women Quarterly, 19*(2), 257-285. doi: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00291.x
- Hyland, P., Rochford, S., Munnely, A., Dodd, P., Fox, R., Vallières, F., ... & Murphy, J. (2022). Predicting risk along the suicidality continuum: A longitudinal, nationally representative study of the Irish population during the COVID-19 pandemic. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 52*(1), 83-98. <https://doi.org/10.1111/sltb.12783>
- Joormann, J., Talbot, L., & Gotlib, I. H. (2007). Biased processing of emotional information in girls at risk for depression. *J Abnorm Psychol, 116*(1), 135-143. doi: 10.1037/0021-843x.116.1.135
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. & Fiset-Laniel, J. (2008, septembre). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Institut de la statistique du Québec. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_Enquete_sante2008H00F03.pdf
- Kang, G., Lim, J. Y., & Kale, A. S. (2015). Adverse effects of young maternal age on neonatal outcomes. *Singapore medical journal, 56*(3), 157.
- Katon, W., Russo, J. & Gavin, A. (2014). Predictors of Postpartum Depression. (2014). *Journal of Women's Health, 23*(9), 753-759. doi: 10.1089/jwh.2014.4824

- Kersten-Alvarez, L. E., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M., van Doesum, K. T., 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. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0257-y>
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 617-626.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. & Nelson, C. B. (1993). Special Issue Toward a New Psychobiology of Depression in Women Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29(2), 85-96. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90026-G](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(93)90026-G)
- Klein, M. H. & Essex, M. J. (1994), Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression*, 2, 308–314. <https://doi.org/10.1002/depr.3050020606>
- Korhonen, M., Luoma, I., Salmelin, R., & Tamminen, T. (2012). A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of affective disorders*, 136(3), 680-692. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.007>
- Kramer, M. S., Goulet, L., Lydon, J., Séguin, L., McNamara, H., Dassa, C., . . . Koren, G. (2001). Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15, 104-123. doi: 10.1046/j.1365-3016.2001.00012.x
- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroneman, L. M., Loeber, R., Hipwell, A. E., & Koot, H. M. (2009). Girls' Disruptive Behavior and its Relationship to Family Functioning: A Review. *Journal of child and family studies*, 18(3), 259-273. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9226-x>
- Kuramoto, S. J., Brent, D. A. & Wilcox, H. C. (2009). The Impact of Parental Suicide on Child and Adolescent Offspring. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(2), 137-151. doi: 10.1521/suli.2009.39.2.137
- Laurin, J. C., Joussemet, M., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2015). Early forms of controlling parenting and the development of childhood anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3279-3292.
- Lee, L. C., Halpern, C. T., Hertz-Picciotto, I., Martin, S. L., & Suchindran, C. M. (2006). Child care and social support modify the association between maternal depressive symptoms and early childhood behaviour problems: a US national study. *Journal of epidemiology and community health*, 60(4), 305–310. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040956>

- Letourneau, N. L., Tramonte, L., & Willms, J. D. (2013). Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *Journal of pediatric nursing*, 28(3), 223-234. doi: 10.1016/j.pedn.2012.07.014
- Leve, L. D., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2005). Childhood temperament and family environment as predictors of internalizing and externalizing trajectories from ages 5 to 17. *Journal of abnormal child psychology*, 33(5), 505–520. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-6734-7>
- Levesque, P., Mishara, B. & Perron, P. A. (2021). *Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021*. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf
- Lieb, R., Bronisch, T., Hofler, M., Schreier, A., & Wittchen, H. U. (2005). Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry*, 162(9), 1665-1671. doi: 10.1176/appi.ajp.162.9.1665
- Lindahl, V., Pearson, J. L. & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77-87. doi: 10.1007/s00737-005-0080-1
- Linden, M. & Barnow, S. (1997). The Wish to Die in Very Old Persons Near the End of Life: A Psychiatric Problem? Results From the Berlin Aging Study. *International Psychogeriatrics*, 9(03), 291-307. doi:10.1017/S1041610297004456
- Lizardi, D., Sher, L., Sullivan, G. M., Stanley, B., Burke, A., & Oquendo, M. A. (2009). Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 406–410.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annu Rev Psychol*, 48, 371-410.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.371>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 20(5), 561-592.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. Guilford Press.
- Martini, J., Bauer, M., Lewitzka, U., Voss, C., Pfennig, A., Ritter, D., & Wittchen, H-U. (2019). Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *Journal of Affective Disorders*, 257, 518-526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.040>
- Massoubre, C., Desfonds, E., & Bendjeddou, M. (2014). Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum. *Annales françaises de médecine d'urgence*.
<http://www.sfm.u.org/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/024.pdf>

- Mebrahtu, H., Sherr, L., Simms, V., Weiss, H. A., Rehman, A. M., Ndlovu, P., & Cowan, F. M. (2020). Effects of maternal suicidal ideation on child cognitive development: a longitudinal analysis. *Aids and Behavior*, *24*(8), 2421–2429. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02802-8>
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *JAMA*, *287*(6), 762-765. doi:10.1001/jama.287.6.762
- Mishara, B. (2018) La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide. Dans Laforest, J., Maurice, P. & Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf
- Mollborn, S. (2017). Teenage mothers today: what we know and how it matters. *Child development perspectives*, *11*(1), 63-69.
- Mościcki, Eve K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, *1*(5), 310-323. [https://doi.org/10.1016/S1566-2772\(01\)00032-9](https://doi.org/10.1016/S1566-2772(01)00032-9)
- Mota, N. P., Chartier, M., Ekuma, O., Nie, Y., Hensel, J. M., MacWilliam, L., McDougall, C., Vigod, S. & Bolton, J. M. (2019). Mental Disorders and Suicide Attempts in the Pregnancy and Postpartum Periods Compared with Non-Pregnancy: A Population-Based Study. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *64*(7), 482-491. doi: 10.1177/0706743719838784
- Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *50*(5), 460-470. doi: 10.1016/j.jaac.2011.02.001
- Naicker, K., Wickham, M., & Colman, I. (2012). Timing of First Exposure to Maternal Depression and Adolescent Emotional Disorder in a National Canadian Cohort. *PLOS ONE*, *7*(3), e33422. doi: 10.1371/journal.pone.0033422
- O'Connor, A., Geraghty, S., Doleman, G. & De Leo, A. (2018). Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review. *Mental Health & Prevention*, *12*, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.002>
- O'Connor, E. E., Langer, D. A., & Tompson, M. C. (2017). Maternal Depression and Youth Internalizing and Externalizing Symptomatology: Severity and Chronicity of Past Maternal Depression and Current Maternal Depressive Symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, *45*(3), 557–568. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0185-1>
- O'Donnell, J. K., Gaynes, B. N., Cole, S. R., Edmonds, A., Thielman, N. M., Quinlivan, E. B., Shirey, K., Heine, A. D., Modi, R., & Pence, B. W. (2016). Ongoing life stressors and suicidal ideation among HIV-infected adults with depression. *Journal of affective disorders*, *190*, 322–328. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.054>

- Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Gerhard, T., & Blanco, C. (2017). Suicide following deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 174(8), 765-774. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111288>
- Organisation mondiale de la santé. (2014). *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale*. Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
- Organisation mondiale de la santé. (2021, 17 juin). *Suicide*.
- O'Connor, A., Geraghty, S., Doleman, G., & De Leo, A. (2018). Suicidal ideation in the perinatal period: A systematic review. *Mental Health & Prevention*, 12, 67-75. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.10.002>
- O'Connor, E. E., Langer, D. A. & Tompson, M. C. (2017). Maternal Depression and Youth Internalizing and Externalizing Symptomatology: Severity and Chronicity of Past Maternal Depression and Current Maternal Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 45(3), 557-568. [http://doi: 10.1007/s10802-016-0185-1](http://doi:10.1007/s10802-016-0185-1)
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. (1989). Ontario Child Health Study: Correlates of Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 856-860. <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-198911000-00008>
- Palumbo, G., Mirabella, F., et Gigantesco, A. (2017). Positive screening and risk factors for postpartum depression. *European Psychiatry*, 42, 77-85. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.11.009>
- Paris, R., Bolton, R. E., & Weinberg, M. K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, 12(5), 309-321. [https://doi: 10.1007/s00737-009-0105-2](https://doi:10.1007/s00737-009-0105-2)
- Parsons, C. E., Young, K. S., Kringelbach, M. L., Stein, A., & Rochat, T. J. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: A review of evidence from low- and middle-income countries. *British Medical Bulletin*, 101(1), 57-79. <http://doi:10.1093/bmb/ldr047>
- Pearson, C., Janz, T. & Ali, J. (2013, septembre). *Mental and substance use disorders in Canada* (publication n° 82-624-X). Statistique Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.pdf>
- Pfeffer, C. R., Klerman, G. L., Hurt, S. W., Kakuma, T., Peskin, J. R., & Siefker, C. A. (1993). Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 106-113. [http://doi: 10.1097/00004583-199301000-00016](http://doi:10.1097/00004583-199301000-00016)

- Pfeffer, C. R., Karus, D., Siegel, K. & Jiang, H. (2000). Child survivors of parental death from cancer or suicide: depressive and behavioral outcomes. *Psycho-Oncology*, 9(1), 1-10. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(200001/02)9:1<1::AID-PON430>3.0.CO;2-5
- Piché, G., Bergeron, L., & Cyr, M. (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés: Modèles théoriques et recherches empiriques. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(4), 309.
- Pinheiro, R. T., da Cunha Coelho, F. M., da Silva, R. A., de Ávila Quevedo, L., de Mattos Souza, L. D., Castelli, R. D., ... & Pinheiro, K. A. T. (2012). Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates. *Journal of affective disorders*, 136(3), 520-525
- Pizeta, F. A., Loureiro, S. R., & Pasian, S. R. (2018). Maternal depression, social vulnerability and gender: Prediction of emotional problems among schoolchildren. *Journal of Child and Family Studies*, 27(6), 1981-1991.
- Pope, C. J., Xie, B., Sharma, V., & Campbell, M. K. (2013). A prospective study of thoughts of self-harm and suicidal ideation during the postpartum period in women with mood disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 483–8. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0370-y>
- Puyat, J. H., Marhin, W. W., Etches, D., Wilson, R., Martin, R. E., Sajjan, K. K., & Wong, S. T. (2013). Estimer la prévalence de la dépression à partir des DME. *Canadian Family Physician*, 59(4), 212-213.
- Qin, P., & Mortensen, P. B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8), 797-802. <http://doi: 10.1001/archpsyc.60.8.797>
- Quetsch, L. B., Wallace, N. M., McNeil, C. B., & Gentzler, A. L. (2018). Emotion regulation in families of children with behavior problems and nonclinical comparisons. *Journal of Child and Family Studies*, 27(8), 2467–2480. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1081-9>
- 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.
- Rao, W. W., Yang, Y., Ma, T. J., Zhang, Q., Ungvari, G. S., Hall, B. J., & Xiang, Y. T. (2021). Worldwide prevalence of suicide attempt in pregnant and postpartum women: a meta-analysis of observational studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(5), 711-720. doi: 10.1007/s00127-020-01975-w
- Reinherz, H. Z., Tanner, J. L., Berger, S. R., Beardslee, W. R., & Fitzmaurice, G. M. (2006). Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *Am J Psychiatry*, 163(7), 1226-1232. <https://doi: 10.1176/appi.ajp.163.7.1226>
- Robins, L. N., & Helzer, J. E. (1985) *Diagnostic Interview Schedule (DIS): Version III-A*. St. Louis, MO: Washington University School of Medicine.

- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L. & Fisher, P. A. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: the children's behavior questionnaire. *Child Development*, 72(5), 1394-408. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00355>
- Roy, C. A., Zoccolillo, M., Gruber, R., Boivin, M., Perusse, D., & Tremblay, R. E. (2005). Construct validity of an instrument to assess major depression in parents in epidemiologic studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(12), 784–791.
- Rubin, K. H., & Mills, R. S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 23(3), 300-317. <https://doi: 10.1037/h0079019>
- Schiff, M. & Grossman, D. (2006) Adverse perinatal outcomes and risk for postpartum suicide attempt in Washington State, 1987-2001. *Pediatrics*, 118 (3), 669–675. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0116>
- Shear, M. K., Greeno, C., Kang, J., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H. A., & Hanekamp, M. (2000). Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry*, 157(4), 581-587.
- Shi, P., Ren, H., Li, H., & Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Research*, 261, 298-306. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand*, 84(2), 167-173.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 174550651984404–174550651984404. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Sockol, L. E., Battle, C. L., Howard, M., & Davis, T. (2014). Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 465-469. doi: 10.1007/s00737-014-0419-6
- Soto-Sanz, V., Castellví, P., Piqueras, J. A., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jiménez, T., Miranda-Mendizábal, A., ... & Alonso, J. (2019). Internalizing and externalizing symptoms and suicidal behaviour in young people: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(1), 5-19.
- Statistique Canada (2012). Indicateurs de la santé mentale (Tableau 13-10-0465-01). Statistiques Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310046501>
- Statistique Canada. (2019, 24 juin). *Santé mentale maternelle au Canada, 2018-2019* (n° 11-001-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/190624/dq190624b-fra.pdf?st=5ETJXwXq>

- Statistique Canada (2020, 6 août). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne, 2019* (publication n° 11-001-X). Statistique Canada.
https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/daily-quotidien/200806/dq200806a-fra.pdf?st=noA_gULX
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet (London, England)*, *384*(9956), 1800–19. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Sterba, S., Egger, H. L., & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, *48*(10), 1005-1013. <https://doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01770.x>
- Stone, E. A., Brown, C. S. & Jewell, J. A. (2015). The sexualized girl: a within-gender stereotype among elementary school children. *Child Development*, *0*(0), 1-19.
<https://doi.org/10.1111/cdev.12405>
- Tabb, K. M., Gavin, A. R., Guo, Y., Huang, H., Debiec, K., & Katon, W. (2013). Views and Experiences of Suicidal Ideation During Pregnancy and the Postpartum: Findings from Interviews with Maternal Care Clinic Patients. *Women & Health*, *53*(5), 519-535. doi: 10.1080/03630242.2013.804024
- Tremblay, R. E., Desmarais-Gervais, L., Gagnon, C., & Charlebois, P. (1987). The Preschool Behaviour Questionnaire: Stability of its Factor Structure Between Cultures, Sexes, Ages and Socioeconomic Classes. *International Journal of Behavioral Development*, *10*(4), 467-484. doi: 10.1177/016502548701000406
- Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Séguin, J.R., Zoccolillo, M., Zelazo, P.D., Boivin, M., Pérusse, D., & Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics*, *114*(1), e43– e50. doi: 10.1542/peds.114.1.e43
- Vanderbleek, E. & Gilbert, K. (2018). Too much versus too little control: The etiology, conceptualization, and treatment implications of overcontrol and undercontrol. *RADICALLY OPEN*, *41*(3), 125-131.
- Vichi, M., Berardelli, I. & Pompili, M. (2021). Completed suicide during pregnancy and postpartum. *Annali dell'Istituto Superiore Di Sanità*, *57*(1), 57-66.
https://doi:10.4415/ann_21_01_09
- Watt, S., Sword, W., Krueger, P., & Sheehan, D. (2002). A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care providers from the ontario mother & infant survey. *Bmc Family Practice*, *3*(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-3-5>
- Weng, S. C., Huang, J. P., Huang, Y. L., Lee, T. S., & Chen, Y. H. (2016). Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health*, *16*, 623. <http://doi:10.1186/s12889-016-3254-z>

- Whitley, R., & Kirmayer, L. J. (2008). Perceived stigmatisation of young mothers: An exploratory study of psychological and social experience. *Social science & medicine*, 66(2), 339-348
- Wiggins, M., Oakley, A., Sawtell, M., Austerberry, H., Clemens, F., & Elbourne, D. (2005). Teenage parenthood and social exclusion: a multi-method study.
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H.F., Luther, J.F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S. & Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490-498. [https://doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.87](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87)
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 369-374. <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2001.24556>
- Zhang, J., & Ziyao, L. (2013). The association between depression and suicide when hopelessness is controlled for. *Comprehensive psychiatry*, 54(7), 790-796.
- Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Rondon, M. B., Sánchez, S. E., Simon, G. E., Henderson, D. C., Barrios, Y. V., Sánchez, P. M., & Williams, M. A. (2015). Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Archives of women's mental health*, 18(6), 783–792. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0481-0>