

**Université du Québec en Outaouais**

**Les liens longitudinaux entre les caractéristiques du contexte familial et le développement de comportements suicidaires à l'adolescence**

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie  
Profil psychologie clinique (D.Psy)

Par  
© Laurie OUELLET

Juillet 2020

## **Composition du jury**

### **Les liens longitudinaux entre les caractéristiques du contexte familial et le développement de comportements suicidaires à l'adolescence**

Par  
Laurie OUELLET

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Geneviève Piché, Ph. D., co-directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais, Campus de Saint-Jérôme.

Monique Séguin, Ph. D., co-directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Aude Villate, Ph. D., examinatrice interne et présidente du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais, Campus de Saint-Jérôme.

Diane Marcotte, Ph. D., examinatrice externe, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

## DÉDICACE

Aux proches des familles touchées par les problèmes de  
santé mentale et les comportements suicidaires.

## REMERCIEMENTS

*Unlike any other creature on this planet, human beings can learn and understand without having experienced. They can think themselves into other people's places.* Cette citation de J. K. Rowling est tirée de l'un de ses discours et signifie essentiellement qu'il nous est possible d'apprendre sans avoir expérimenté en se mettant à la place de l'autre. Ce passage est significatif pour moi, car cela représente pour moi la définition de l'empathie et du travail du psychologue. Le parcours passionnant et exigeant des études doctorales est constitué d'une multitude d'expériences -de réussites et d'échecs- vécues au cours des six dernières années. C'est l'exercice répété de se mettre à la place de l'autre dans les rencontres interpersonnelles et le cumulatif de ces expériences qui ont forgé l'adulte que je suis devenue tant au point de vue personnel que professionnel. Je serai éternellement reconnaissante envers l'UQO de m'avoir donné l'opportunité d'exercer ma vocation.

La rédaction de cet essai doctoral a été rendue possible par la contribution professionnelle et personnelle de plusieurs personnes à qui je souhaite témoigner ma gratitude. Tout d'abord, j'aimerais sincèrement remercier mes deux directrices de recherche; Geneviève Piché et Monique Séguin. Geneviève, j'ai apprécié tes encouragements ainsi que la constance de ton implication dans l'adversité et les épreuves rencontrées sur la route. Ton apport au niveau des analyses statistiques s'est révélé essentiel et ton dévouement a grandement contribué au succès de ce projet. Monique, ce fut un plaisir de bénéficier de ton expertise de co-directrice de recherche pour l'étude de la problématique aussi complexe qu'importante qu'est le suicide. Vos commentaires justes, constructifs et teintés de bienveillance m'ont permis d'évoluer cliniquement et de développer davantage mes habiletés à m'exprimer dans un langage scientifique.

J'aimerais également remercier Annie Lemieux pour son apport au niveau des analyses statistiques ainsi que Marc-Antoine Côté-Marcil du Centre d'accès aux données de recherche de l'Institut de la statistique du Québec (CADRISQ) pour son professionnalisme et sa rigueur. Merci également à Mesdames Nancy Illick et Maryse Dion-Tremblay à la Direction des enquêtes longitudinales et sociales (DELS) pour leur collaboration et leur efficacité à répondre aux questions que je leur posais sur l'ELDEQ. Je tiens également à remercier l'organisme *Thèsez-vous* dont les retraites de rédaction ont favorisé la productivité et le plaisir des études supérieures ainsi que le *Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles* (CRUJeF) pour leur soutien financier à cet essai doctoral. Je tiens également à souligner la patience et la compréhension de mes superviseurs cliniques, Paul Greenman, Gaétane Castonguay et François-Luc Desaulniers envers l'investissement de temps que requéraient parfois mes activités de recherche.

Dans ma vie personnelle, il est primordial pour moi de souligner l'appui indéfectible de mon amoureux, Samuel Couture. Ta contribution sur ce projet est indescriptible et inestimable, j'espère pouvoir te rendre la pareille dans tous les beaux projets qui nous attendent. Je remercie également mes parents et mes grands-parents, mes grands-pères Paul-Émile et Jacques dont les accomplissements et la persévérance dans leurs domaines respectifs m'ont inculqué de poursuivre mes propres rêves. Merci à mes frères, Patrick et Michaël, qui me divertissent et que j'aime profondément. Je tiens à remercier particulièrement mes ami(e)s Alexandra Ouellet, Élodie Ross-Lévesque, Marie-Pier B. Tremblay et Frédéric Grondin. Il n'est pas toujours facile d'expliquer à son entourage les obstacles que l'on peut vivre dans le domaine de la recherche, mais vous avez toujours compris et vos conseils ont été utiles et précieux. Merci à mon ami et collègue

d'enseignement, Alain Hajjar, qui m'a aidée à me dépasser. Un merci spécial aussi à Marylou  
Cambron Bertrand, Laurence B. Dumont, Kim Crawford, Maude Pelletier et Krystel Roy.

## RÉSUMÉ

Le suicide est le motif du décès chez 3.6 % des adolescentes et 11.3% des adolescents en 2014-2016 au Québec, selon INSPQ (Lévesque, Pelletier et Perron, 2020). Notre étude vise à investiguer si la dépression maternelle constitue un facteur prédicteur des comportements suicidaires à l'adolescence ainsi qu'à vérifier si la relation mère-enfant et le fonctionnement familial sont des modérateurs de cette relation. Nous présenterons des résultats tirés d'analyses secondaires des données de l'Étude longitudinale sur le développement des jeunes du Québec (ELDEQ) recueillis auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise. Cette enquête comprend un échantillon de plus de mille familles recrutées aléatoirement et qui sont suivies depuis la naissance de leur enfant (entre 1997-1998). Lorsque les enfants avaient 13 ans, 1292 familles ont complété le questionnaire tandis que 1446 familles l'ont fait lorsque leur enfant avait 15 ans. Les fréquences obtenues par les adolescents participants en regard des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (13 ans : 5.2% 15 ans : 5.7%) sont plus élevées que pour les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois (13 ans : 3.1% ; 15 ans : 2.7%). Des analyses de corrélations de Pearson, des régressions logistiques ainsi qu'un modèle d'analyse acheminatoire ont été effectuées. Les résultats des régressions logistiques ont mis en évidence que les adolescents de 13 ans dont les mères étaient déprimées étaient 2 fois plus susceptibles de présenter des idéations suicidaires et de 2.8 à 3.3 fois plus à risque d'avoir fait une tentative de suicide à l'âge de 15 ans comparativement aux adolescents dont les mères n'étaient pas déprimées à cet âge ( $p < 0.05$ ). De plus, un risque plus élevé de comportements suicidaires a été relevé pour les filles, celles-ci étant de 3.7 à 4.1 fois plus à risque de présenter des idées suicidaires sérieuses et de 4.5 à 5.2 fois plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide à 15 ans comparativement aux garçons. Par ailleurs, être un adolescent de 13 ans qui a manifesté des comportements suicidaires est associé à une probabilité plus importante d'avoir ces mêmes comportements dans les deux années subséquentes par rapport à un adolescent qui n'avait pas présenté de comportements suicidaires à 13 ans. Ces jeunes sont de 13 à 14.5 fois plus à risque de manifester des idées suicidaires et de 8.5 à 11 fois plus à risque de rapporter des tentatives de suicide. De plus, les résultats du modèle acheminatoire montrent que le sexe féminin, les antécédents d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide à 13 ans et la présence de dépression chez le jeune à 13 ans sont associés à la fois au risque de présenter des idées suicidaires sérieuses et de faire une tentative de suicide à 15 ans. À l'inverse de notre hypothèse initiale, la relation mère-enfant et le fonctionnement familial n'ont pas été associés significativement aux comportements suicidaires du jeune de 15 ans lorsque l'on contrôle pour le sexe et la dépression maternelle. L'étude souligne l'importance de considérer le sexe, les antécédents de dépression maternelle et les antécédents de comportements suicidaires dans l'évaluation et l'intervention auprès des adolescents.

Mots clés : comportements suicidaires, dépression maternelle, suicide, adolescence

## ABSTRACT

Suicide is an important public health problem which the reason that lead to death of 3.6% of young girls and 11.3% of young boys in 2014-2016 in Quebec (Lévesque, Pelletier and Perron, 2020). Our study aimed to test if maternal depression is a predictive factor for suicidal behavior during adolescence and if family factors, like mother-child relationship and family functioning, moderate that link. Our study is based on secondary data from the Quebec Longitudinal Study of Child Development, based on a representative sample of the population. Our sample includes 1292 adolescents of 13 years old and 1446 adolescents of 15 years old , whose families were randomly recruited and followed since the child's birth (1997-1998). Serious suicidal ideation was observed among 5.2% of the 13 years old and 5.7% of the 15 years old adolescents. Suicidal attempts were found among 3.1% of the 13 years old and 2.7% of the 15 years old adolescents. Pearson correlations, logistics regression and path analysis were used. Logistics regressions show that the risk of presenting serious suicidal ideations among adolescents whose mothers suffers from maternal depression (MD) were twice as high compared to those whose mothers didn't have MD ( $p<0.05$ ). Teenagers were also between 2.8 to 3.3 times more likely to make a suicide attempt if their mother presented MD compared to adolescents of mothers without MD ( $p<0.05$ ). High odds ratios were also found by sex, girls being 3.7 to 4.1 times more at risk to present suicidal ideations and between 4.5 to 5.22 more susceptible to have attempted suicide compared to boys. Furthermore, adolescents who presented serious suicidal ideations at 13 years old were significantly more likely (between 13 to 14.5 times) to report serious suicidal ideations at 15 years old. Plus, suicidal attempt at 13 years old was associated with an increase between 8.5 to 11 times higher of another multiple suicide attempt within two years than teenagers who didn't present those behaviors at 13 years old. Against what we expected, mother-child relationship and family functioning were not significant moderators of the relation between MD and suicidal behaviors in youth. Our study helped enlighten the scientific community and clinicians to the importance of assessing previous suicidal behaviors and antecedent of maternal depression when working with suicidal teens.

Keywords: maternal depression, suicide, adolescence, suicidal behaviors



## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	vii
ABSTRACT .....	viii
Liste des tableaux .....	xii
Liste des figures .....	xiii
Avant-Propos.....	xiv
CHAPITRE 1 CONTEXTE THÉORIQUE .....	16
1.1 Épidémiologie et définitions .....	16
1.1.1 Épidémiologie du suicide mondial.....	16
1.1.2 Épidémiologie du suicide au Canada .....	16
1.1.3 Épidémiologie du suicide au Québec .....	17
1.1.4 Épidémiologie du suicide chez les adolescents.....	18
1.1.5 Définition des comportements suicidaires .....	21
1.2 Étiologie.....	22
1.2.1 Étiologie du suicide.....	22
1.2.2 Étiologie du suicide chez les adolescents.....	23
1.3 Trouble de santé mentale chez l'adolescent .....	26
1.3.1 Symptômes dépressifs et comportements suicidaires .....	26
1.3.2 Symptômes anxieux et comportements suicidaires.....	29
1.3.3 Antécédents de comportements suicidaires.....	31
1.4 Facteurs familiaux.....	32
1.4.1 Trouble de santé mentale chez le parent .....	32
1.4.2 Trouble dépressif maternel.....	33
1.4.3 Fonctionnement familial .....	38
1.4.5 Relations parents-enfants .....	39
1.4.6 Caractéristiques familiales, dépression maternelle et comportements suicidaires à l'adolescence .....	43
1.5 Synthèse des études empiriques.....	44
1.6 Pertinence de la question de recherche .....	47
1.7 Objectifs et hypothèses .....	51
1.7.1 Objectifs .....	51
1.7.2 Hypothèse.....	51

CHAPITRE II MÉTHODE .....	53
2.1 Participants.....	53
2.2 Procédure .....	53
2.3 Considérations éthiques .....	54
2.4 Instruments de mesure .....	55
2.5 Variables dépendantes .....	56
2.5.1 Comportements suicidaires .....	56
2.6 Variables indépendantes .....	57
2.6.1 Variables sociodémographiques.....	57
2.6.2 Dépression de la mère .....	58
2.6.3 Fonctionnement familial .....	59
2.6.4 Relation mère-enfant .....	59
2.6.5 Symptômes dépressifs du jeune .....	61
2.6.6 Symptômes anxieux du jeune.....	62
2.7 Analyses.....	63
CHAPITRE III ARTICLE .....	66
3.1 Présentation de l'article .....	66
3.2 Abstract / Résumé.....	66
3.3 Introduction.....	67
3.4 Matériel et méthode .....	71
3.5 Échantillon .....	71
3.6 Souci éthique.....	71
3.7 Mesures.....	72
3.7.1 Variables dépendantes .....	72
3.7.2 Variables indépendantes.....	73
3.8 Analyses.....	76
3.9 Résultats.....	77
3.9.1 Fréquences des comportements suicidaires chez les jeunes de 13 et 15 ans	78
3.9.2 Symptômes dépressifs chez la mère et comportements suicidaires chez le jeune	83
3.9.3 Facteurs de risque des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 ans	84
3.9.4 Modérations.....	86
3.9.5 Modèle acheminatoire .....	88
3.10 Discussion.....	90

CHAPITRE IV DISCUSSION.....	95
4.1 Dépression maternelle et prédiction des comportements suicidaires .....	95
4.2 Facteurs de risque des comportements suicidaires à l'adolescence.....	99
4.3 Forces et limites de l'étude .....	102
4.4 Retombées fondamentales .....	105
4.5 Retombées cliniques .....	107
4.6 Pistes de recherche futures.....	111
ANNEXE A.....	113
RÉFÉRENCES.....	115

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 Prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide dans les 12 derniers mois à 13 et 15 ans selon le genre.....	79
Tableau 3.2 Corrélations .....	80
Tableau 3.3 Associations longitudinales entre les symptômes dépressifs maternels et les idées suicidaires à 15 ans.....	83
Tableau 3.4 Associations longitudinales entre les symptômes dépressifs maternels et les tentatives de suicide à 15 ans.....	84
Tableau 3.5 Régression logistique entre la dépression maternelle et la prédiction des idées suicidaires dans les deux années subséquentes .....	85
Tableau 3.6 Régression logistique entre la dépression maternelle et les tentatives de suicide dans les deux années subséquentes.....	86

## LISTE DES FIGURES

Figure 3.1 Modèle acheminatoire de la symptomatologie du jeune et des comportements suicidaires en lien avec les variables maternelles .....	89
---	----

## AVANT-PROPOS

Le suicide est le motif du décès chez 3.6 % des adolescentes et 11.3% des adolescents en 2014-2016 au Québec, selon Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) (Lévesque, Pelletier et Perron, 2020). Cet enjeu de santé publique représente la deuxième cause la plus importante de décès chez les jeunes québécois de 15 à 19 ans (Légaré, Gagné, Alix et Perron, 2016). Ces statistiques soulignent un enjeu considérable pour la population québécoise et renforcent donc l'intérêt de dresser un portrait plus détaillé des facteurs de risque associés aux comportements suicidaires des adolescents québécois. Les données épidémiologiques relèvent que les facteurs constituant un risque de passage à l'acte suicidaire chez les jeunes incluent la présence d'un trouble de santé mentale, les antécédents de trouble de santé mentale chez leurs parents ainsi que plusieurs caractéristiques du contexte familial (Organisation mondiale de la santé, 2014). Dans ce contexte, la présente étude vise à démontrer l'importance de considérer la nature de la relation parent-enfant et du fonctionnement familial pour mieux comprendre l'association entre la dépression maternelle et le développement d'idées suicidaires et les tentatives de suicide chez les adolescents. Cet essai comporte donc quatre parties : d'abord, une revue de la littérature dressant un portrait du suicide chez les adolescents québécois et recensant les données épidémiologiques ainsi que les facteurs de risque principaux associés à cette population selon les données de la littérature scientifique. La seconde partie présente la méthodologie utilisée dans l'Étude Longitudinale sur le Développement des Enfants du Québec (ELDEQ) dont sont issues les données. Dans la troisième partie, nous présenterons la méthodologie du présent projet, les résultats, une brève discussion et un article scientifique en

français. Pour conclure, la quatrième partie de cet essai doctoral portera sur les conclusions, les retombées de cette recherche et des pistes d'études futures.

## CHAPITRE 1

### CONTEXTE THÉORIQUE

#### 1.1 Épidémiologie et définitions

##### 1.1.1 Épidémiologie du suicide mondial

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte qu'il y a eu mondialement plus de 804 000 décès par suicide en 2012, ce qui correspond à un décès par suicide toutes les 40 secondes dans un rapport sur la prévention du suicide à l'échelle mondiale. L'OMS estime également que, pour chaque suicide complété il y aurait une vingtaine de tentatives de suicide. Bien qu'il a été démontré que les décès par suicide dans le monde ont connu une baisse d'environ 9% entre 2000 et 2012, le suicide représente toujours 1.4% de la mortalité pour toutes causes confondues ce qui demeure une situation préoccupante (OMS, 2014). En 2019, les estimations du nombre de décès par suicide demeurent similaires aux données du rapport produit en 2014. Ils indiquent également, qu'au niveau mondial, le suicide serait la troisième cause de suicide chez les adolescents de 15 à 19 ans (OSM, 2019).

##### 1.1.2 Épidémiologie du suicide au Canada

Au niveau canadien, une publication de la Revue canadienne de psychiatrie portant sur l'étiologie du suicide chez les enfants et les adolescents a été réalisée par Steele et Doey (2007) à travers laquelle ils ont consulté toutes les publications canadiennes et internationales depuis 1966. Ils ont répertorié une diminution notable des taux de suicide chez les adolescents au Canada depuis le début des années 2000. Cependant, les hypothèses amenées par les chercheurs pour expliquer cette diminution restent de l'ordre de la spéculation (Steele & Doey, 2007). En



2017, le taux de mortalité par suicide (normalisé selon l'âge) pour 100 000 Canadiens étaient de 11.4, soit 17.2 pour les hommes et 5.8 pour les femmes (Statistique Canada, 2019).

### 1.1.3 Épidémiologie du suicide au Québec

Au Québec, il a été répertorié que chaque jour huit individus étaient hospitalisés après avoir commis une tentative de suicide et que trois personnes décèdent à la suite d'un suicide (Ministère de la santé et des services sociaux, 2012). Selon l'Enquête Québécoise sur la Santé de la Population (EQSP) qui s'est tenue en 2014 et en 2015, 2.8 % de la population québécoise âgée de plus de 15 ans reconnaît avoir eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois (2.6% des hommes, 3% des femmes). Par ailleurs, 0.3% des Québécois et 0.5% des Québécoises de 15 ans et plus auraient fait une tentative de suicide au cours de cette période (Camirand, Traoré et Bauline, 2016). Dans la province de Québec, selon une enquête réalisée par Statistique Canada (2019), les taux de mortalité par suicide pour 100 000 personnes étaient de 10.4 (hommes : 15.7 ; femmes : 5.1) soit légèrement sous les taux normalisés selon l'âge pour tout le Canada.

Tout comme aux échelles mondiales et nationales, il a également été soulevé que, au cours des vingt dernières années, le taux de suicide au Québec a décru chaque année de 4.1% pour les hommes et de 2.6% chez les femmes, ayant réduit de moitié le taux de décès par suicide présenté par les Québécois en 2009 en comparaison à celui relevé en 1999 (Mishara, 2018). Une chute considérable des taux de suicide a été observée chez les adolescents qui, outre les enfants de 10 à 14 ans, sont le groupe d'âge qui présente le taux de suicide le plus bas depuis le début du millénaire, passant de 35.1 en 1995 à 9 par 100 000 en 2016 selon un rapport produit par l'INSPQ (Lévesque et al., 2020).

#### 1.1.4 Épidémiologie du suicide chez les adolescents

Malgré le fait que les décès par suicide ont diminué chez la population adolescente québécoise, il s'agit toujours de la deuxième cause de mortalité au Québec et de la troisième cause de mortalité mondialement chez les jeunes de 15 à 19 ans (OMS, 2019; Légaré, Gagné, Alix et Perron, 2016). Les taux de prévalences obtenues par une enquête sur les comportements à risque chez les étudiants de neuvième à douzième année aux États-Unis soulevait que 18.7% des jeunes filles et 10.3% des jeunes garçons considéraient sérieusement mettre fin à leurs jours. Parmi les participants à cette enquête, 13.4% des filles et 9.2% des garçons avaient planifié le passage à l'acte. Par ailleurs, près de 9.3% des filles et 4.6% des garçons avaient fait une tentative de suicide dans les 12 mois précédents la collecte de données (Eaton & Kinchen, 2007 cités dans Cash & Bridge, 2009). Une étude de prévalence dans la communauté canadienne auprès de jeunes entre 11 et 25 ans a trouvé qu'environ 29% des filles et 19% des garçons présentaient des idées associées au suicide. De plus, les tentatives de suicide étaient rapportées chez 16% des femmes et 7% des hommes. L'étude souligne également que près de 70% des comportements suicidaires débutaient entre 11 et 16 ans et 30% entre 11 et 13 ans (Goodday, Bondy, Sutradhar, Brown et Rhodes, 2019).

À propos des jeunes québécois, l'INSPQ a soulevé que les taux de mortalité par suicide rapporté entre 2014 et 2016 étaient environ trois fois plus élevés chez les adolescents (11.3%) comparativement aux adolescentes (3.6%) de 15 à 19 ans. Durant les mêmes années, la proportion des enfants de moins de 14 ans décédés par suicide correspondait à 1.9 % des jeunes filles et 0.5 % des jeunes garçons (Lévesque et al., 2020). Le taux de suicide chez les adolescents serait stable depuis les années 2010, correspondant à 9 pour 100 000 personnes en 2017

(Lévesque et al., 2020). À l’opposé, les statistiques divergent lorsque l’on s’attarde aux taux d’hospitalisation pour tentative de suicide chez les adolescents de 15 à 19 ans. Effectivement, les données les plus récentes indiquaient une hausse notable, passant de 69.4 par 100 000 personnes en 2007 à 203.2 par 100 000 personnes en 2018. Bien que cette augmentation est observée autant chez les jeunes garçons que les jeunes filles, elle serait plus importante chez les adolescentes, créant un fossé avec les taux observés chez les autres groupes d’âge (Lévesque et al., 2020). En outre, selon l’EQSP, une enquête qui s’est tenue en 2014-2015, 3.7% des jeunes de 15 à 24 ans présenteraient des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois, excluant les personnes qui auraient commis une tentative de suicide au cours de cette période. De plus, toujours au cours des 12 derniers mois, ils soulignent que 1% des jeunes de cet âge auraient fait une tentative de suicide (Camirand et al., 2016).

En ce qui concerne l’échantillon à l’étude, une étude de Geoffroy et ses collaborateurs (2016) qui a utilisé les données de l’ELDEQ, informe la communauté scientifique des prévalences des comportements suicidaires chez les adolescents québécois. Dans cette enquête, la prévalence globale des idées suicidaires (au cours des 12 derniers mois) était de 4.5% à 13 ans et de 5.9% à 15 ans comparativement à la prévalence globale des tentatives de suicide qui est de 2.4% à 13 ans et de 2.8% à 15 ans. Les résultats de l’étude indiquent une différence selon le sexe, notamment, les prévalences de comportements suicidaires augmentaient au cours de l’adolescence chez les filles (idées suicidaires : 13 ans : 5.3% ; 15 ans : 8.6% et tentatives de suicide : 13 ans : 2.7% ; 15 ans : 4.5%), alors qu’à l’inverse, elles diminuaient chez les garçons (idées suicidaires : 13 ans : 3.7% ; 15 ans : 3.0% et tentatives de suicide : 13 ans : 2.1% ; 15 ans : 0.9 %) (Geoffroy et al., 2016).

Il est à noter que la présence d' idéations suicidaires récurrentes (avec ou sans scénario) ainsi que les tentatives de suicide passées constituent l'un des critères permettant de poser un diagnostic de trouble dépressif majeur selon le *Diagnosis and Statistical Manual (DSM-5)*. Le trouble dépressif majeur se caractérise également par la présence des symptômes suivants : l'humeur dépressive quotidienne, la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, une perte ou un gain de poids significatifs, insomnie ou hypersomnie, de la fatigue ou une perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, une diminution de la concentration ainsi qu'une agitation ou un ralentissement psychomoteur. Pour confirmer un diagnostic, la personne doit présenter au moins cinq des neuf critères dont au moins l'humeur dépressive, soit une humeur irritable ou triste, et/ou la diminution marquée de l'intérêt et du plaisir durant une période de plus de deux semaines, et les symptômes doivent être présents à tous les jours pour, presque toute la journée. Lorsqu'un individu ne remplit pas ses critères, les auteurs emploient alors le terme « symptômes dépressifs » (*American Psychiatric Association [APA], 2013*). Il existerait 227 combinaisons possibles de symptômes pour rencontrer les critères d'un épisode dépressif majeur (*Zimmerman, Ellison, Young, Chelminski et Dalrymple, 2015*).

Malgré la baisse des taux de suicide mondiaux et québécois, les statistiques rapportées ci-haut soulignent qu'il s'agit toujours d'un enjeu de santé publique considérable pour les jeunes. En effet, le suicide chez les adolescents a des impacts négatifs considérables sur la société canadienne, non seulement par la perte de plusieurs vies en bas âge, mais également en raison de ses répercussions psychosociales, économiques et sociales (*Bilsen, 2018*). Bien que nous ayons dressé un portrait démographique de la situation, les facteurs qui peuvent contribuer à l'émergence et au maintien de comportements suicidaires chez les adolescents, comme chez toute

population touchée par cette problématique, sont complexes et multidimensionnels. Il convient donc de présenter les facteurs de risque les plus pertinents qui ont été identifiés à travers une exploration de la documentation scientifique canadienne et internationale et permettent de mieux saisir l'étiologie des comportements suicidaires (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018).

#### 1.1.5 Définition des comportements suicidaires

Afin de se pencher sur un phénomène aussi complexe que le suicide, il est impératif de définir les termes utilisés pour décrire cette problématique de santé publique. À ce sujet,

l'Organisation mondiale de la santé (2014) définit les comportements suicidaires comme suit :

Le comportement suicidaire se réfère à un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide. L'inclusion des idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire est une question complexe qui fait actuellement débat. Cette décision d'inclure les idées suicidaires dans la définition du comportement suicidaire a été prise à des fins de simplification étant donné que la position des différentes sources de recherche retenues dans ce rapport en ce qui concerne les idées suicidaires n'est pas uniforme. (p. 12).

Dans le cadre de ce contexte théorique, comme le suggère cet organisme, nous considérons que les comportements suicidaires réfèrent inclusivement aux idées suicidaires, aux tentatives de suicide ainsi qu'aux suicides complétés (Organisation mondiale de la santé, 2014). L'OMS conceptualise le terme de suicide comme étant l'acte délibéré de s'enlever la vie et les tentatives de suicide comme incluant tout comportement suicidaire non mortel ainsi que les actes d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intentionnalité ou non (Organisation mondiale de la santé, 2014).

En outre, dans une publication récente de l'Institut national de la santé publique (2018) dont l'un des chapitres est rédigé par Mishara, l'auteur décrit que les idées suicidaires réfèrent aux pensées (cognitions) de se donner la mort. Celles-ci peuvent se présenter sous forme d'idéations passagères ou passives qui peuvent se construire ou non autour d'un scénario suicidaire, d'un moment et du moyen utilisé pour mettre fin à ses jours (Mishara & Tousignant, 2004). Selon l'OMS (2014), la présence d'idées suicidaires est une expérience passagère et fluctuante, ce qui rend leur mesure moins fiable que pour les tentatives de suicide. À cet égard, l'OMS préconise que plusieurs facteurs tels que la présence de scénarios, de projets ou de planification d'actes autoagressifs ou suicidaires, soient considérés avec attention lorsqu'il y a présence d'idées suicidaires chez l'individu. Ainsi, une étude épidémiologique révèle que les idéations suicidaires sérieuses sont plus associées au décès à la suite d'un suicide (Mishara, 2018).

## 1.2 Étiologie

### 1.2.1 Étiologie du suicide

L'OMS (2014) a proposé une classification des facteurs de risque selon cinq catégories qui sont associées : (a) au système de santé, (b) la société, (c) la communauté, (d) les relations et (e) les individus. L'Organisation mondiale de la santé met toutefois le lecteur en garde en précisant que, bien que plusieurs de ces facteurs sont associés directement à une plus forte occurrence des comportements suicidaires, ces caractéristiques pourraient également avoir un effet indirect en prédisposant les individus au développement d'un trouble de santé mentale. En effet, la présence de troubles mentaux est l'un des facteurs de risque les plus importants identifiés dans la

littérature scientifique, étant associée à neuf suicides sur dix dans les pays industrialisés et particulièrement la dépression ou les troubles liés à la consommation d'alcool (OMS, 2014).

La Commission sur la santé mentale du Canada en 2018 a examiné les résultats de 867 études scientifiques publiées entre 2000 et 2016, sur le suicide et sa prévention. Dans leur rapport sommaire, les auteurs identifient que le sexe est associé à des comportements suicidaires spécifiques. En effet, dans la population générale, le sexe masculin serait plus associé aux suicides complétés alors que le sexe féminin serait plus fortement relié aux tentatives de suicide et aux idées suicidaires. Quant aux facteurs de risque, ceux-ci incluent les antécédents de comportements suicidaires, l'exposition à la violence, les antécédents familiaux de troubles psychiatriques ainsi que des caractéristiques du contexte familial tels que la structure familiale (biparentale vs monoparentale) et le manque d'affection maternelle. Par ailleurs, il est également noté que l'adolescence est une période où le risque de présenter des comportements suicidaires est particulièrement important (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018).

### 1.2.2 Étiologie du suicide chez les adolescents

En ce qui concerne l'étiologie des comportements suicidaires chez les adolescents, les facteurs principaux mis en évidence par la Commission sur la santé mentale du Canada sont l'âge, la présence de troubles affectifs, la structure familiale, les antécédents familiaux de troubles psychiatriques et les événements d'adversité à l'adolescence (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018). Par ailleurs, Cash et Bridge (2009) ont analysé les articles anglophones rédigés entre 2007 et 2009 portant sur la suicidalité chez les adolescents afin de cibler les facteurs de risque principaux. Les variables qui sont le plus associées à une augmentation du risque de se suicider ou de présenter des comportements suicidaires sont les

antécédents de tentatives de suicide, un trouble de santé mentale (principalement les troubles de l'humeur ainsi que les troubles de consommation de substance), certains traits de personnalité (ex. trouble de personnalité limite, agressivité), l'accessibilité à des méthodes létales pour se suicider (ex. armes à feu), le sentiment de désespoir, une histoire familiale de dépression, la discorde familiale, un faible soutien de la part des parents ou des pairs (Cash & Bridge, 2009). En contrepartie, l'établissement de relations parent-enfant proximales et chaleureuses ainsi que des soins parentaux adéquats sont considérés comme des facteurs de protection du suicide (Commission de la santé mentale du Canada, 2018). Les facteurs de la personnalité les plus associés à la suicidalité sont l'agressivité, l'impulsivité, une faible estime de soi, le perfectionnisme et une propension au désespoir (Commission de la santé mentale du Canada, 2018).

Au niveau du sexe, les résultats divergent d'une étude à l'autre. Néanmoins, les statistiques les plus récentes de l'INSPQ identifient que le ratio de suicide complété chez les enfants et les adolescents est trois fois plus important chez les jeunes garçons que les jeunes filles (Lévesque et al., 2020; Statistique Canada, 2019). Par contre, lorsque l'on considère les comportements suicidaires, il a été soulevé dans plusieurs recensions de littérature canadiennes et québécoises que les filles seraient significativement plus susceptibles de réfléchir sérieusement au suicide (avec ou sans scénario suicidaire) et d'avoir fait une tentative de suicide comparativement aux garçons (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018; Steele & Doey, 2007).

Au niveau de l'âge, les données probantes actuelles démontrent généralement une augmentation des prévalences du suicide et des comportements suicidaires chez les adolescents



plus âgés et les jeunes adultes (Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Ministère de la santé et des services sociaux, 2012; Statistiques Canada, 2019).

Par ailleurs, des conditions socioéconomiques favorables sont reconnues comme étant un facteur de protection des idées suicidaires sérieuses et du suicide (Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Ministère de la santé et des services sociaux, 2012).

Outre les caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe ou les conditions socioéconomiques, les données scientifiques indiquent que la présence d'un trouble psychiatrique est fréquemment associée aux comportements suicidaires. Effectivement, les critères permettant d'établir un diagnostic de dépression ont été identifiés dans 50 à 65% des cas de suicide, affectant plus fréquemment les femmes que les hommes de tout âge (Bilsen, 2018; McGirr et al., 2007).

D'autre part, Bilsen (2018) estime que des facteurs familiaux sont impliqués dans plus de la moitié des suicides chez les jeunes. Les facteurs familiaux rapportés par Bilsen étaient les antécédents de trouble de santé mentale chez le parent, particulièrement le trouble dépressif, le contexte familial ainsi que la relation parent-enfant. L'auteur affirme que l'évaluation de ces facteurs est donc primordiale dans le repérage des jeunes suicidaires.

Par conséquent, puisque les antécédents de comportements suicidaires, la présence d'un trouble de santé mentale chez le jeune ainsi que les caractéristiques du contexte familial font le consensus parmi les données répertoriées dans la littérature scientifique, nous considérons que ces caractéristiques requièrent une exploration plus approfondie dans le cadre de ce contexte théorique.

### 1.3 Trouble de santé mentale chez l'adolescent

Nous avons vu plus haut que le fait de présenter un trouble de santé mentale était un facteur de risque déterminant du suicide à l'adolescence (Bilsen, 2018; Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Cash & Bridge, 2009). De plus, le fait de présenter un trouble de santé mentale est un facteur de risque pour les comportements suicidaires à tout âge. On remarque que l'occurrence de certains troubles augmente avec l'âge, devenant plus fréquente chez les adolescents et les adultes (Steele & Doey, 2007). La revue de littérature de Bridge, Goldstein et Brent (2006) s'est penchée sur les facteurs de risque et de protection pour les comportements suicidaires des jeunes et a relevé que la présence d'un trouble de santé mentale accroissait de neuf fois le risque de suicide. Chez les deux sexes, la dépression était le trouble de santé mentale le plus susceptible de mener à des comportements suicidaires (Bridge et al., 2006). Au Canada et au Québec, la prévalence de dépression au cours de la dernière année chez les adolescents de 12 à 19 ans est respectivement de 5.5% et de 4.2% selon le *Canadian Community Health Survey* (Wiens et al., 2017).

#### 1.3.1 Symptômes dépressifs et comportements suicidaires

À ce propos, les études d'autopsie psychologique démontrent qu'un trouble de santé mentale ou qu'un trouble lié à la consommation de substance était présente chez 90% des jeunes de 15 à 29 qui se sont suicidés (Commission de la santé mentale du Canada, 2018). Dans une revue de la littérature canadienne, les données recueillies indiquent que 49% à 64% des adolescents décédés par suicide répondaient aux critères d'un trouble dépressif. De surcroît, la dépression majeure serait le facteur de risque le plus associé au suicide chez les adolescentes, suivi par la présence de tentatives de suicide antérieures (Steele & Doey, 2007). Dans la même

lignée, parmi un échantillon de jeunes Québécois âgés de 14 à 29 ans qui ont complété un suicide, 40% rencontraient les critères diagnostiques d'un trouble de dépression majeure dans les 12 mois précédents le passage à l'acte (Séguin, Renaud, Lesage, Robert et Turecki, 2011). Puisque plusieurs études longitudinales ont observé que la dépression durant l'enfance est fortement associée aux comportements suicidaires à l'adolescence (Melhem et al., 2013; Mittendorfer-Rutz, Rasmussen et Wasserman, 2008), il devient important de considérer les symptômes dépressifs dans l'investigation de la vulnérabilité suicidaire.

En ce qui a trait à la dépression à l'adolescence, environ 85% des individus provenant d'échantillons cliniques et souffrant de trouble dépressif majeur ou de dysthymie présenterait des idées suicidaires. Parmi ceux-ci, Cash & Bridge (2009) ont estimé que 32% feront une tentative de suicide à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, 20% feront plus d'une tentative et entre 2.5% à 7% d'entre eux complèteront un suicide (Cash & Bridge, 2009). À cet égard, une étude populationnelle auprès des adolescents européens (n=12 395) a été menée dans l'objectif d'investiguer la présence de symptômes dépressifs et anxieux, atteignant un seuil clinique ou sous-clinique, ainsi que la présence de comportements suicidaires (Balázs et al., 2013). Les analyses obtenues démontrent qu'un tiers des jeunes présentaient des symptômes dépressifs sous-cliniques. Ainsi, les chercheurs ont trouvé une association significative entre les pensées suicidaires et les symptômes dépressifs des participants tant pour ceux rencontrant le seuil clinique que les adolescents déprimés à un niveau sous-clinique (Balázs et al., 2013). Selon ces auteurs, l'intervention auprès des adolescents devient d'autant plus primordiale puisque la présence de symptômes dépressifs, même mineurs, est un facteur de risque suicidaire (Balázs et al., 2013).

D'autre part, il a été souligné que la majorité des jeunes auraient développé un trouble de l'humeur avant de faire une tentative de suicide. Toujours selon l'étude de Balázs et ses collaborateurs (2013), les résultats indiquent que la moyenne d'âge de l'apparition du trouble de l'humeur chez ces jeunes est de 12.2 ans avec un écart-type de 5.2 ans et de 15.2 ans avec un écart-type de 4.5 ans pour la première tentative de suicide. Les auteurs ont donc relevé une différence moyenne de trois ans entre la dépression et le passage à l'acte à l'adolescence.

Les symptômes dépressifs développés par les adolescents dont les parents ont souffert d'une dépression seraient également plus précoces, plus intenses et précèderaient généralement les tentatives de suicide à l'adolescence (Brent et al., 2004). En effet, l'étude de Tuisku et ses collaborateurs (2006) effectuée auprès d'une population adolescente déprimée de 13 à 19 ans (n=218) souligne que l'âge moyen d'apparition d'un premier épisode dépressif était de 13.1 ans. Cette recherche relève aussi des différences entre l'âge moyen d'apparition du trouble chez des adolescents non-suicidaires (13.6 ans), chez ceux présentant des idées suicidaires (13.3 ans) ainsi que chez ceux qui avaient commis une tentative antérieure (13.4 ans) (Tuisku et al., 2006). Parallèlement, selon une étude menée par Karlsson et ses collaborateurs (2007) auprès de 219 adolescents suivis en psychiatrie externe, un âge précoce lors du développement de la dépression ainsi que des symptômes sévères lors de l'épisode initial de dépression prédisent la récurrence d'épisodes dépressifs ultérieurs.

Par contre, bien que la présence de symptômes dépressifs chez le jeune soit l'un des meilleurs prédicteurs de la mortalité par suicide à l'adolescence, cela n'indique pas nécessairement que les jeunes dépressifs développeront des conduites suicidaires au cours de cette période (Brent et al., 2004). Une pluralité de facteurs peut venir modérer la relation entre les

symptômes dépressifs et les comportements suicidaires développés à l'adolescence (Bentley, Franklin, Ribeiro, Kleiman, Fox et Nock, 2016). Des auteurs qui ont examiné les caractéristiques associées à la suicidalité à l'adolescence rapportent que le risque d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide augmente lorsque la dépression est présentée en comorbidité avec un autre trouble de l'axe I selon le DSM-IV. À cet égard, l'Adolescent Depression Study (Tuisku et al., 2006) démontre que la dépression en comorbidité avec les troubles anxieux est la combinaison la plus fréquente et la plus associée aux comportements suicidaires, affectant 57% des 218 adolescents déprimés âgés entre 13 et 19 ans.

### 1.3.2 Symptômes anxieux et comportements suicidaires

En ce qui concerne les symptômes anxieux, plusieurs auteurs se sont intéressés à la présence de comorbidité entre les symptômes dépressifs et anxieux en tant que prédicteurs des comportements suicidaires (Tuisku et al, 2006; Verona et Javdavni, 2011). À cet effet, il a été identifié que la comorbidité entre plusieurs troubles de santé mentale augmente le risque de suicide (Bilsen, 2018). À ce sujet, dans une étude réalisée dans des organismes de santé mentale (n=223) auprès d'adolescents âgés entre 10 et 17 ans, s'est penchée sur l'association entre les symptômes internalisés, une variable combinant les symptômes dépressifs et anxieux, et les comportements suicidaires (idéations/tentatives). Leurs résultats indiquent des corrélations plus élevées avec les comportements suicidaires chez les adolescents ayant des symptômes internalisés comparativement aux adolescents qui avaient seulement des symptômes dépressifs (Verona & Javdavni, 2011).

Bien que les symptômes anxieux aient été souvent étudiés conjointement avec les symptômes dépressifs, d'autres chercheurs ont obtenu des résultats indiquant que les symptômes

anxieux et les troubles anxieux étaient associés de manière directe et positive aux idéations suicidaires, même après avoir contrôlé statistiquement pour les troubles de l'humeur et pour le sexe de l'individu (Machell, Rillis et Esposito-Smythers, 2016). D'ailleurs, l'étude menée par Balázs et ses collaborateurs (2013) a révélé que la sévérité des symptômes anxieux avait des répercussions sur la sévérité des comportements suicidaires. En fait, les adolescents qui avaient attenté à leurs vies présentaient des scores de symptômes d'anxiété plus élevés que les adolescents non-suicidaires. En outre, les adolescents anxieux étaient 2.76 fois plus susceptibles de présenter des idéations suicidaires que les adolescents non-anxieux. D'autre part, une augmentation du risque suicidaire a été observée même lorsque le niveau d'anxiété présenté était sous-clinique. Effectivement, dans cette étude, les probabilités qu'un adolescent avec un niveau d'anxiété sous-clinique présente des pensées suicidaires étaient 1,78 fois plus élevées que chez les adolescents qui ne rapportaient pas d'anxiété (Balázs et al., 2013).

Néanmoins, la relation entre l'anxiété et les comportements suicidaires demeure peu étudiée malgré son importance en tant que variable contributrice au développement de ces comportements. Des associations ont été trouvées entre le suicide et les troubles anxieux. Toutefois, il demeure ardu de mesurer l'influence du trouble anxieux de façon distincte de l'influence du trouble dépressif ou des troubles de substances qui sont souvent présents en comorbidité avec un trouble anxieux et des comportements suicidaires chez le jeune (Bilsen, 2018). À ce propos, une récente métaanalyse de Bentley et ses collaborateurs (2016) a analysé les résultats de 180 études dans lesquelles l'anxiété était une variable qui permettait de prédire les idéations, les tentatives ainsi que les décès par suicide dans une perspective longitudinale. Leurs résultats soutiennent que les symptômes d'anxiété ainsi que les troubles qui y sont associés sont

des prédicteurs statistiquement significatifs des idées suicidaires ainsi que des tentatives de suicide. Toutefois, le lien entre l'anxiété et les décès par suicide s'est relevé non-significatif. En bref, les auteurs concluent qu'il est impératif d'étudier de façon plus approfondie le rôle de l'anxiété dans le développement de comportements suicidaires (Bentley et al., 2016).

### 1.3.3 Antécédents de comportements suicidaires

Les auteurs Bridge, Goldstein et Brent (2006) identifient que les suicides complétés et les tentatives de suicide augmentent avec l'âge durant la période de l'adolescence. Des comportements suicidaires précoces viendraient prédire d'autres comportements suicidaires chez l'adolescent plus âgé et le jeune adulte ainsi que la récurrence de tentatives de suicide. Dans une revue de la littérature sur l'épidémiologie des facteurs de protection et de risque pour le suicide et les comportements suicidaires des jeunes, les recherches longitudinales ont démontré que la sévérité (intention et planification) et la persistance (durée et fréquence) des idées suicidaires étaient fortement associées au fait de faire une tentative de suicide dans les années subséquentes (Bridge et al., 2006). On estime que le risque de récurrence des pensées et des comportements suicidaires est de 10% dans les six mois suivant la première tentative de suicide et près de 42% dans les 21 mois subséquents (Bridge et al., 2006). En effet, une tentative de suicide antérieure serait une variable qui permettrait de prédire entre 25 et 33% des suicides, plus fréquemment chez les garçons que les filles (Bilsen, 2018). La récurrence moyenne des tentatives est évaluée entre 5 et 15% par année (Bridge et al., 2006).

## 1.4 Facteurs familiaux

### 1.4.1 Trouble de santé mentale chez le parent

Afin d'observer l'évolution des comportements suicidaires à l'adolescence, plusieurs auteurs se sont penchés sur l'influence de la figure parentale (Bassani, Padoin, Philipp et Veldhuizen, 2009; Goodman et al., 2011). En effet, tel que nous l'avons mentionné antérieurement, les facteurs familiaux, dont la présence d'un trouble de santé mentale dans la famille, le fonctionnement familial et une relation parent-enfant négative seraient des facteurs de risque substantiels à considérer pour évaluer la suicidalité à l'adolescence (Bilsen, 2018). Parmi ces facteurs, l'historique d'un trouble de santé mentale chez un des membres de la famille, principalement chez le parent, fait consensus dans la littérature comme étant un facteur familial significativement associé au suicide chez l'adolescent (Bilsen, 2018; Cash & Bridge, 2009; Commission de la santé mentale du Canada, 2018).

Or, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisée en 2012 auprès de la population canadienne âgée de 15 ans et plus, 39.9% des Québécois francophones entre 15 et 24 ans vivent avec un membre de la famille qui présente un trouble de santé mentale (Bouchard, Batista et Colman, 2018). Au Canada, 5.1% des enfants sous l'âge de 12 ans vivent sous le même toit qu'un parent présentant une dépression majeure au cours de la dernière année (Bassani et al., 2009). Il a également été relevé que les enfants de parents atteints d'un trouble de santé mentale seraient aussi plus susceptibles de développer des comportements suicidaires. À cet égard, une étude, réalisée par Mittendorfer-Rutz, Rasmussen et Wasserman (2008) en Suisse auprès de 14 400 individus hospitalisés après une tentative de suicide, a relevé que la présence d'une psychopathologie (dépression, trouble de personnalité, etc.) dans la famille (père, mère,



fratrie) était observée chez 47% des personnes composant l'échantillon. Une revue de littérature canadienne corrobore ces résultats mais en soulignant que la psychopathologie parentale a été significativement liée aux comportements suicidaires de l'adolescent dans cinq études différentes (Steele & Doey, 2007).

Une étude a aussi souligné qu'un historique de dépression chez le parent augmente le risque de suicide complété chez l'adolescent même après avoir contrôlé pour la psychopathologie de celui-ci (Gould et al, 1996). Dans ces conditions, il devient primordial de considérer l'effet de la dépression parentale sur la santé mentale et les comportements suicidaires de leur progéniture.

#### 1.4.2 Trouble dépressif maternel

En premier lieu, Gureje et ses collaborateurs (2011) se sont penchés sur l'impact des psychopathologies parentales sur la présence d'idées suicidaires de leurs enfants à l'âge adulte (18 ans et plus). Pour ce faire, ils ont réalisé une métaanalyse des données d'enquêtes menées auprès d'échantillons nationalement représentatifs dans plus de 21 pays (N= 55 299). Les résultats obtenus suscitent l'intérêt car, bien que toutes les psychopathologies parentales à l'étude étaient associées à un plus grand risque que leurs descendants présentent des idées suicidaires au cours de la vie, la présence de dépression parentale était l'un des deux seuls facteurs prédictifs du début et de la persistance du scénario suicidaire chez leurs enfants présentant ce type d'idées (Gureje et al., 2011).

En outre, des résultats similaires ont été observés dans une seconde recherche prospective qui a recruté 365 participants (moyenne d'âge 20 ans) dont un parent souffrait de dépression. En effectuant un suivi six ans après la collecte de données initiale, les auteurs ont découvert que la dépression rapportée par les parents était liée à un risque accru et une plus grande précocité des

comportements suicidaires chez leurs progénitures (Melhem et al., 2007). Par ailleurs, l'étude de Verona et Javdani (2011) citée plus haut corrobore qu'il existe des liens positifs et significatifs entre la dépression du parent et les symptômes dépressifs du jeune lorsqu'ils sont corrélés avec les comportements suicidaires de leurs adolescents.

Dans la même lignée, la grande majorité des études qui se sont penchées sur l'association entre les psychopathologies parentales et les comportements suicidaires de leur progéniture portent plus spécifiquement sur la dépression maternelle. À ce propos, une étude longitudinale de Hammerton et ses collaborateurs (2015) visaient l'évaluation des trajectoires de symptômes dépressifs maternels en lien avec les comportements suicidaires présentés par leurs adolescents. Les auteurs ont suivi un échantillon populationnel de mères, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 16 ans. Les symptômes dépressifs maternels ont été mesurés alors que le jeune était âgé de 11 ans, la psychopathologie du jeune alors qu'il avait 15 ans et les comportements suicidaires du jeune étaient mesurés à 16 ans. Ils ont observé que l'association entre les symptômes dépressifs maternels et les comportements suicidaires des adolescents était plus forte lorsque les mères présentaient des niveaux élevés et chroniques de symptômes comparativement à celles qui présentaient des symptômes légers. Par ailleurs, des idées suicidaires étaient présentes chez 26% des jeunes de 15 ans qui n'avaient pas eux-mêmes de dépression, mais dont la mère en avait souffert entre leur naissance et l'âge de 11 ans. Cependant, l'étude n'a pas considéré les symptômes sous-cliniques des adolescents (Hammerton et al., 2015).

De plus, l'étude de Goodday, Bondy, Brown, Sutradhar et Rhodes (2019), indique que la prévalence des idées suicidaires était de 20.6% chez les jeunes (11-25 ans) exposés à la dépression maternelle en comparaison à une prévalence globale de 13% chez les jeunes (11-25 ans) non-

exposés à la dépression maternelle. Par ailleurs, les adolescents exposés à la dépression maternelle étaient de 1.7 fois plus à risque de présenter des idées suicidaires et de 2.2 fois plus à risque de présenter des tentatives de suicide que les jeunes non-exposés à la dépression maternelle. Contrairement à l'étude d'Hammerton et ses collaborateurs (2015), l'étude de Goodday et ses collaborateurs (2019) soulève des différences significatives entre les sexes, parmi les jeunes exposés à la dépression maternelle : les filles seraient plus susceptibles de présenter des idées suicidaires ou des tentatives de suicide que les garçons.

Bien que nous ayons souligné que la présence d'un trouble dépressif chez le parent représenterait un facteur de risque important au suicide à l'adolescence, il est difficile de se positionner quant à savoir si ce lien est direct ou indirect. En effet, il serait possible que le trouble du parent influence directement le risque de développer des comportements suicidaires chez le jeune. Néanmoins, tel que le souligne Bilsen (2018), il serait également envisageable que l'influence du trouble parental s'exerce indirectement, en favorisant un environnement familial qui prédisposerait davantage au développement d'un trouble de santé mentale chez l'adolescent. Dans la littérature scientifique, on réfère au concept de transmission intergénérationnelle lorsque l'on s'intéresse au risque conféré à un enfant de développer un trouble mental en raison de la présence d'un trouble mental chez son parent. Ce concept se définit comme un phénomène de répétition d'une psychopathologie entre les générations, plus communément du parent à l'enfant. Ce phénomène peut s'expliquer par des facteurs génétiques, neurobiologiques et sociaux et a été largement répertorié dans la littérature scientifique (National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

Dans une recension des écrits, Piché, Bergeron et Cyr (2008) se sont intéressés aux modèles théoriques sous-tendant le phénomène de la transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés ainsi qu'aux recherches empiriques portant sur le sujet. À travers leur analyse critique, elles ont décrit principalement les modèles multifactoriel, transactionnel et systémique. D'abord, le premier modèle réfère à une interaction bidirectionnelle entre le parent et l'enfant où les caractéristiques de l'un auraient un effet sur l'autre, ce qui favoriserait le développement d'un trouble intériorisé chez le jeune. Ensuite, le modèle transactionnel invoque plutôt des interactions à plusieurs niveaux entre la relation mère-enfant, les aspects génétiques et neurobiologiques pour interpréter l'influence qu'a la dépression maternelle sur le développement de leur progéniture (Van-Doesum et al, 2005 cités dans Piché et al., 2008). Finalement, le modèle systémique propose que des caractéristiques du contexte familial (ex. fonctionnement familial) joueraient un rôle modérateur sur la dépression de la mère et la dépression du jeune, qui influent également sur le développement de symptômes intériorisés chez l'enfant (Cummings et Davies, 2002 cités dans Piché et al., 2008). L'analyse de ces modèles a permis aux auteurs de poser deux hypothèses. La première suggère que la présence d'au moins un trouble anxieux ou dépressif chez le parent favoriserait le développement d'autres conditions associées au développement de ces troubles chez leurs enfants et la seconde que certaines caractéristiques psychosociales augmenteraient l'influence de l'exposition aux troubles du parent sur leurs enfants (Piché et al., 2008).

Par ailleurs, une étude longitudinale prospective, intitulée le *Early Ad Prediction of Adolescent Depression*, a recruté 331 familles dont un ou des parents souffrait de dépression majeure dans l'objectif de mesurer les conséquences de la récurrence de ce trouble sur leurs

enfants (9 à 17 ans). Les résultats mettent en évidence qu'une proportion non-négligeable d'environ 20% des 262 adolescents participants à l'étude présentait une bonne santé mentale, et ce, malgré la persistance de la dépression parentale qui les mettait à haut risque de développer une psychopathologie (Collishaw et al., 2016). De même, une seconde étude longitudinale qui a été conduite durant 20 ans a rapporté un pourcentage équivalent auprès de descendants de parents déprimés dont la moyenne d'âge au cours de l'étude était de 35 ans (Weissman et al., 2006). Par conséquent, malgré qu'une majorité d'adolescents sont affectés par la dépression parentale, certaines familles parviendraient à briser le cycle de transmission intergénérationnelle. Cela amène à se questionner s'il n'existe pas d'autres facteurs qui viennent influencer le développement ou non de la symptomatologie des enfants de mères atteintes de dépression comme le suggèrent les modèles théoriques de la transmission intergénérationnelle.

Comme le postule le modèle systémique, plusieurs caractéristiques psychosociales viennent influencer le lien entre la dépression maternelle et la symptomatologie développée par l'adolescent. Or, selon une étude de cohorte effectuée auprès d'un échantillon populationnel, l'association entre les problèmes psychiatriques du parent (mère ou père) et le risque suicidaire de l'adolescent devenait non-significative lorsque les chercheurs contrôlaient statistiquement pour des caractéristiques du contexte familial telles que la présence de pratiques parentales inadaptées chez le parent (Johnson et al., 2003).

À la lumière de ces informations ainsi que des données épidémiologiques que nous avons citées à ce sujet, il apparaît crucial de considérer quels facteurs du contexte familial prédisent davantage les comportements suicidaires à l'adolescence. Or, comme peu d'études ont été réalisées sur les caractéristiques du contexte familial chez les mères atteintes de dépression en

association avec les comportements suicidaires, il convient donc de présenter également celles qui ont identifié des facteurs de risque du développement des comportements suicidaires à l'adolescence. Bien que les avis des auteurs varient en ce qui concerne les définitions de ces facteurs, ceux-ci étant interreliés, pour les besoins de cet essai nous les distinguerons en deux catégories ; la relation parent-enfant ainsi que le fonctionnement familial.

#### 1.4.3 Fonctionnement familial

Au premier abord, les revues de la littérature sur l'étiologie du suicide reconnaissent que la discorde familiale est un facteur de risque du suicide alors que la cohésion familiale aurait davantage un effet protecteur pour le jeune (Bilsen, 2018 ; Bridge, Bridge et al., 2006; Cash & Bridge, 2009; Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Steele & Doey, 2007). Effectivement, comparativement à leurs comparses qui n'ont jamais fait de tentative, les adolescents ayant commis une tentative de suicide sont plus susceptibles de provenir d'un milieu familial dysfonctionnel (Steele & Doey, 2007).

Dans une perspective analogue, des liens importants ont été testés entre des composantes du fonctionnement familial et le risque que les adolescents présentent des comportements suicidaires. Entre autres, la revue de la littérature de Wagner, Silverman et Martin (2003) a d'ailleurs souligné que des problèmes dans le système familial, tels qu'une faible cohésion ou des difficultés d'adaptation aux changements, corrélaient avec la présence de comportements suicidaires chez l'adolescent. À vrai dire, ces variables seraient associées plus fréquemment aux idéations et tentatives de suicide qu'aux suicides complétés. Ces résultats ont aussi été confirmés par une seconde étude, qui ont trouvé que la perception d'une faible cohésion familiale et d'une dynamique conflictuelle ainsi qu'un soutien familial faible étaient reliés à davantage d'idées

suicidaires et de tentatives de suicide chez l'adolescent (Brent et al, 2002; Miller, McCullough et Johnson, 2012 cités dans Machell et al., 2016). Un projet de recherche visant à mesurer les liens entre l'anxiété et les idéations suicidaires a également soulevé que les idéations suicidaires étaient plus fortes chez les jeunes rapportant des conflits familiaux plus fréquents et un plus faible soutien familial (Machell et al., 2016). De plus, dans une étude au sujet des comportements suicidaires dans la famille et le risque chez l'adolescent, les tentatives de suicide chez l'adolescent étaient aussi inversement corrélées à la communication et la connectivité parent-enfant. En somme, toutes ces caractéristiques relatives au fonctionnement familial peuvent représenter des facteurs du risque suicidaire à l'adolescence (Cerel & Roberts, 2005).

#### 1.4.5 Relations parents-enfants

Selon l'Institut de la statistique du Québec, la relation parent-enfant réfère à la qualité et la force du lien qui unit le parent à son enfant. Il est également intéressant de noter que les études recensées sur les relations entre le parent et l'enfant portaient souvent sur les deux parents, plutôt qu'en distinguant la mère du père. Nous rapporterons donc subséquemment les études portant sur les deux parents, puis celle portant uniquement sur la mère.

En premier lieu, l'étude d'autopsie psychologique de Séguin et ses collègues (2011), 70 à 90% des jeunes qui se sont suicidés vivaient une relation se traduisant par des comportements de négligence, de coercition ainsi que de tensions dans les relations. Effectivement, des relations conflictuelles et insatisfaisantes seraient fortement corrélées avec les idéations et les comportements suicidaires à l'adolescence (Bridge et al., 2006; Connor & Rueter 2006; Wagner et al., 2003). Par ailleurs, une faible proximité dans la relation parent-enfant demeure liée aux

comportements suicidaires même en contrôlant pour la psychopathologie du jeune (Steele & Doey, 2007). Inversement, des relations positives, proximales et chaleureuses seraient des facteurs de protection à la suicidalité (Commission de la santé mentale du Canada, 2018).

En second lieu, selon une autre revue de la littérature portant sur les facteurs familiaux de la suicidalité chez les jeunes, il était dénoté qu'une relation négative entre le parent et l'enfant, sous-tendant un nombre élevé de conflits ainsi qu'une faible proximité relationnelle entre les deux, était associée à un plus grand risque pour le jeune de présenter des comportements suicidaires (Wagner et al., 2003). En effet, les conflits avec les parents peuvent contribuer au développement de comportements suicidaires chez les adolescents. Notamment, un conflit parental constituerait un facteur déclencheur dans 53.6% des tentatives de suicide à l'adolescence (Chérif et al., 2012).

En troisième lieu, Connor et Rueter (2006) ont réalisé une étude longitudinale auprès de 451 familles dans le but d'analyser le lien entre les relations parent-enfant et le risque suicidaire dans une perspective longitudinale. Les analyses qu'ils ont réalisées indiquaient que la chaleur maternelle permettait de prédire les comportements suicidaires des adolescents, mais pas leur détresse émotionnelle. Elles soulignaient également une association négative significative entre les comportements chaleureux du parent et la communication entre le parent et l'enfant et les comportements suicidaires rapportés par les jeunes. Dans le modèle sur la suicidalité de l'adolescent établi par ces auteurs, l'hostilité dans les relations parents-adolescents prédirait 31% de la variance de la suicidalité alors que la chaleur parentale expliquerait 32% de cette variance. À l'opposé, la présence d'interactions positives entre le parent et l'enfant agirait comme facteur



de protection à la suicidalité chez un échantillon composé de 185 adolescents hospitalisés en psychiatrie et de leurs parents (Machell et al., 2016).

De plus, il existerait un lien significatif entre les comportements suicidaires chez les jeunes et le fait d'avoir reçu peu de soins maternels (Goschin, Briggs, Blanco-Lutzen, Cohen et Galynker, 2013). En contrepartie, la surprotection de la mère est aussi corrélée à des comportements suicidaires plus importants chez sa progéniture. L'association entre la surprotection maternelle et les comportements suicidaires de leurs enfants amène les auteurs à considérer que ce serait les comportements de contrôle affectif de la mère qui augmenteraient le plus l'incidence de présenter des comportements suicidaires comparativement aux enfants de mère qui n'utiliseraient pas ces comportements. Néanmoins, l'âge des participants de chacune des études de cette recension n'est pas précisé (Goshlin et al., 2013; Baetens et al., 2013; Johnson et al., 2003).

En quatrième lieu, une méta-analyse de Goshlin et ses collaborateurs (2013) a considéré 12 articles étudiant les comportements de contrôle affectif des parents envers leurs adolescents et la suicidalité. Dans la majorité de ces études, un score faible aux échelles de soins maternels et un score élevé aux échelles de surprotection de la mère étaient reliés à des comportements suicidaires accrus. Les liens entre de faibles soins maternels, un niveau de surprotection maternelle élevé et les comportements suicidaires étaient encore plus forts dans les études où les chercheurs comparaient un groupe de patients psychiatriques à un groupe contrôle que dans les deux études où les auteurs comparaient un groupe d'individus suicidaires à groupe contrôle psychiatrique non-suicidaire. Un seul des articles retenus dans cette métanalyse n'a pas trouvé d'associations entre la suicidalité et la relation avec la mère (Goshlin et al., 2013). Néanmoins, la

méta-analyse de Goshlin et ses collaborateurs (2013) ne considérait pas la dépression parentale. Finalement, parmi les études ayant considéré l'informateur adolescent, les résultats indiquent que ces jeunes auraient aussi une tendance plus forte à percevoir leurs parents, spécialement leurs mères, comme étant moins chaleureux et soutenant que les adolescents ne présentant pas ce type de comportements (Bridge et al., 2006; Cash & Bridge, 2009; Violato & Arato, 2004).

En dernier lieu, les chercheurs de l'ELDEQ considèrent que la relation parent-enfant inclut aussi la supervision de leur adolescent (Institut de la statistique du Québec, 2015). Dans l'étude de Logan, Crosby et Hamburger (2011), l'absence de supervision de la part du parent était associée à une augmentation des idées suicidaires de six fois supérieures pour les adolescentes et de deux fois supérieures pour les adolescents en comparaison aux participants dont les parents faisaient preuve de supervision. Un faible niveau de supervision maternelle a également été identifié comme un facteur de risque associé aux comportements suicidaires des adolescents issus de familles biparentales québécoises (Ahmadi, 2009).

En conclusion, dans certains cas, les chercheurs ont étudié simultanément les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires. Ceci est le cas de l'étude de Campos, Besser et Blatt (2013) auprès de 200 jeunes adultes, qui a observé que les comportements de rejet et les critiques de la part du parent (mère ou père) durant l'adolescence étaient reliés à la fois au développement de la dépression et des comportements suicidaires de l'adolescent.

#### 1.4.6 Caractéristiques familiales, dépression maternelle et comportements suicidaires à l'adolescence

À notre connaissance, seulement deux études sont allées plus loin en se penchant sur la dépression maternelle comme prédicteur des comportements suicidaires à l'adolescence et des caractéristiques du contexte familial comme modérateurs ou médiateurs de cette relation. En premier lieu, une étude longitudinale effectuée par Hammerton et ses collaborateurs (2016) auprès de 10 559 familles a examiné les liens entre la relation parent-enfant, la dépression maternelle, les tentatives de suicide maternelles ainsi que la dépression et les tentatives de suicide de leurs enfants. Les résultats ont souligné une association directe entre la dépression sévère et chronique de la mère et les idées suicidaires de l'adolescent âgé de 16 ans ainsi qu'une association indirecte entre la dépression du jeune, la relation parent-enfant et les tentatives de suicide chez la mère. Selon les relations modélisées, il serait donc possible que les mères atteintes de dépression aient tendance à avoir plus de difficultés dans la relation parent-enfant. Cela pourrait prédisposer l'adolescent au développement de symptômes dépressifs ce qui augmente le risque de présenter des comportements suicidaires. Les auteurs concluent que les interventions visant l'amélioration de la relation parent-enfant peuvent être bénéfiques dans la prévention des comportements suicidaires des jeunes.

En second lieu, comme il a été souligné antérieurement, l'étude de Goodday, Bondy, Brown, Sutradhar et Rhodes (2019), réalisée à partir des données de l'Enquête Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes (ELNEJ) auprès d'un échantillon de familles canadiennes, a trouvé des différences significatives entre la proportion de jeunes présentant des comportements suicidaires ayant été exposés à la dépression maternelle (Idées suicidaires : 17.79% ; tentative de

suicide : 9.45%) comparativement aux jeunes non-exposés à la dépression maternelle (idées suicidaires : 13.38%; tentative de suicide : 6.07%). De plus, les auteurs ont soulevé des différences significatives selon le sexe, les filles de 11 à 25 ans ayant été exposées à la dépression maternelle étant plus susceptibles de présenter des idées suicidaires ou des tentatives de suicide que les garçons du même âge ayant été exposés à la dépression maternelle. Les chercheurs ont également considéré la cohésion sociale rapportée par la mère, la structure familiale ainsi que le soutien social dans leurs analyses. Les auteurs concluent que le fait de résider dans une famille intacte pourrait avoir des effets protecteurs envers le développement de comportements suicidaires. Les résultats étaient moins concluants concernant les variables de la cohésion sociale et du soutien social comme facteurs de protection pour les idées suicidaires et les comportements suicidaires chez des jeunes exposés à la dépression maternelle. Néanmoins, les auteurs nuancent que ce résultat pourrait être expliqué par le fait que ces mesures ont été abandonnées dans les années subséquentes de l'enquête. Il est donc possible que ces caractéristiques sociales puissent avoir un impact à long terme sur les comportements suicidaires du jeune mais que celles-ci n'apparaissent pas significatives après une seule mesure (Goodday et al., 2019).

### 1.5 Synthèse des études empiriques

Les études recensées dans le présent contexte théorique comportent leurs forces et leurs limites. D'une part, les métaanalyses et les revues de la littérature mentionnées dans les sections précédentes ont dénombré des études portant sur la dépression maternelle et les comportements suicidaires (Beardslee, Glascone et O'Connors, 2011; Bentley et al., 2016; Brent et Mann, 2005; Goodman et al., 2011; Goschin et al., 2013; Steele & Doey, 2007; Wagner et al., 2003). De plus,

certaines revues littéraires présentaient une analyse critique des recherches présentées (Piché et al., 2008).

Par ailleurs, puisque l'évaluation des comportements suicidaires est un défi méthodologique en soit, le recrutement est généralement effectué au sein des hôpitaux, sur une population clinique hospitalisée (Brent et al., 2002; Brent et al., 2004; Mann et al., 2005; Melhem et al., 2013; Violato & Arato, 2004). Cette population n'est donc pas considérée comme étant aussi représentative de la population générale que lorsque les participants sont recrutés aléatoirement dans la communauté.

En outre, parmi les études portant sur les décès par suicide présentées plus haut, quelques-unes procédaient par autopsie psychologique pour recueillir leurs données (McGirr et al., 2007; Séguin et al., 2011). Les limites de cette méthode sont que la collecte des données est effectuée de façon post-mortem auprès de la famille, ce qui peut entraîner des différences entre les informateurs ainsi que dans la suite temporelle des événements de vie. De surcroît, les réponses émotionnelles des répondants, leurs caractéristiques individuelles ainsi que leur relation avec l'individu décédé par suicide peuvent biaiser l'information recueillie. Enfin, les caractéristiques de l'intervieweur ainsi que le délai entre le décès et la collecte de données peuvent aussi engendrer des biais (Pouliot & De Leo, 2006).

D'autre part, plusieurs recherches à ce sujet sont des études de cas-témoins (Baetens et al., 2013; Campos et al., 2013; Garber & Cole, 2010; Mann et al., 2005; Violato & Arato, 2004) ainsi que des analyses transversales (Brent et al., 2004) ou prospectives (Melhem et al., 2013). Ces études n'utilisent donc qu'un temps de mesure ce qui ne permet pas de suivre le développement

des symptômes de santé mentale et des comportements suicidaires chez les adolescents à plus long terme.

Dans un autre ordre d'idées, une force méthodologique importante est que la vaste majorité des études sur la transmission intergénérationnelle de la dépression sont des études épidémiologiques effectuées auprès d'échantillons représentatifs de la population (Ahmadi, 2009; Agerup, Lydersen, Wallander, Sund, 2015; Cerel & Roberts, 2005; Connor & Rueter 2006; Jacobs et al., 2015; Johnson et al., 2003; Mittendorfer-Rutz et al., 2008).

En dernier lieu, une autre force des recherches citées précédemment dans ce projet est que plusieurs d'entre elles ont été effectuées auprès d'un échantillon représentatif de la population canadienne et québécoise (Ahmadi, 2009; Bassani et al., 2009; Bouchard et al., 2018; Goodday et al., 2019; Goodday et al., 2019; Séguin et al., 2011; Steele & Doey, 2007). Certaines de ces études ne portent toutefois que sur des enfants de 12 ans et moins (Bassani et al., 2009). De plus, malgré que l'étude de Ahmadi (2009) portait sur les adolescents québécois et ait étudié conjointement les pratiques parentales utilisées par les parents et les comportements suicidaires de leurs jeunes, elle n'a pas investigué la dépression parentale. Finalement, il est possible que les études citées ne reflètent pas adéquatement le portrait des adolescents contemporains. Considérant que le taux de suicide chez les adolescents a changé au cours des deux dernières décennies (Lévesque, Pelletier et Perron, 2019), il demeure intéressant d'obtenir un portrait plus actuel de cet aspect chez les jeunes québécois.

Néanmoins, comme il a été mentionné précédemment, les recherches sur le sujet ne permettent pas de vérifier concrètement la prédiction des comportements suicidaires en lien avec plusieurs caractéristiques du contexte familial dans une optique longitudinale chez les familles

québécoises. En outre, peu d'études se sont penchées sur l'influence de la relation parent-enfant et du fonctionnement familial sur le lien entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires du jeune (Hammerton et al., 2016).

La Commission sur la santé mentale du Canada (2018) nomme plusieurs constats par rapport à la littérature scientifique qui l'amène à faire des recommandations pour les études futures sur le suicide. Tout d'abord, concernant les jeunes, les auteurs de ce rapport ciblent qu'il faudrait examiner un ensemble de facteurs de risque du suicide afin de déterminer les effets combinés, et non isolés, de ces facteurs. Ils estiment que les recherches futures pourraient aussi inclure les points de vue des jeunes ainsi que ceux des parents. Ils remarquent globalement que la prédiction du suicide demeure imprécise et que des études plus rigoureuses à ce sujet sont nécessaires. Par ailleurs, la Commission constate que plusieurs auteurs recommandent la production de davantage d'études longitudinales, d'harmoniser les choix méthodologiques dans les études sur le suicide et sa prévention, de recueillir plus de données probantes sur certaines populations (ex. les jeunes). Pour des recherches ultérieures, ils recommandent de réaliser des études longitudinales intégrant plusieurs variables biopsychosociales afin d'améliorer la prédictivité des comportements suicidaires (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018).

## 1.6 Pertinence de la question de recherche

D'une perspective de santé mentale, le suicide complété chez les adolescents est un enjeu qui a des conséquences négatives majeures, non seulement par la perte de plusieurs vies en bas âge, mais également par les impacts psychosociaux et socioéconomiques à large échelle qui en découlent (Bilsen, 2018). Comme les autopsies psychologiques le révèlent, des antécédents de comportements suicidaires étaient fréquemment présents chez les adolescents qui se sont

suicidés, ce qui a été rapporté dans de nombreuses revues de littérature (Bilsen, 2018; Bridge et al., 2006; Cash & Bridge, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Séguin et al., 2011; Steele & Doey, 2007). Ces antécédents représenteraient également des prédicteurs importants de récurrence, en étant fortement associés à la présence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte (Bilsen, 2018; Bridge et al., 2006; Séguin et al., 2011).

De ce fait, notre recension de la littérature scientifique nous a permis de souligner les liens existants entre des symptômes dépressifs à l'enfance et le développement de comportements suicidaires précoces (Balázs et al., 2013; Brent et al., 2004; Karlsson et al., 2007). La littérature nous informe également que la comorbidité entre les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux augmente le risque de présenter des comportements suicidaires (Balázs et al., 2013; Machell et al., 2016; Verona & Javdavi, 2011). Par conséquent, la prévention de symptômes dépressifs, anxieux et de comportements suicidaires chez les adolescents est primordiale. À ce propos, il a été souligné qu'une proportion significative des adolescents dépressifs et suicidaires qui ne bénéficient pas d'aide ou de soins pour traiter ces problématiques présente toujours des symptômes dépressifs et anxieux à l'âge adulte (Agerup et al., 2015; Cash & Bridge, 2009; Garber & Cole, 2010). Cela favorise ainsi le développement d'une trajectoire de vie suicidaire jusqu'à la vie adulte qui est susceptible de résulter en la complétion d'un suicide (Cash & Bridge, 2009; VanDoessum & Hosman, 2009).

Dans le même sens, les recherches mettent en évidence l'existence de deux types de trajectoires principales : les individus qui présentent des comportements suicidaires tôt dans leur développement et ceux qui sont exposés à de l'adversité durant l'enfance (Séguin et al., 2011). Il



est aussi indiqué que les trajectoires de vie conceptualisées sur des jeunes de 14 à 29 ans qui ont commis un suicide soulignent la présence d'interactions conflictuelles avec leurs parents dans le développement de troubles de santé mentale qui peuvent mener au suicide (Séguin et al, 2011). En revanche, une décroissance de la détresse et une augmentation de l'espoir suivent généralement l'intervention ciblant les idées suicidaires, venant ainsi modifier significativement le cours de la vie des individus à risque (Cash & Bridge, 2009). Dans ce contexte, il semble impératif de repérer plus précocement les symptômes dépressifs, anxieux et les comportements suicidaires afin de prévenir la persistance de trajectoires de vie suicidaires et la complétion de suicide à l'adolescence ainsi qu'au cours de la vie adulte.

À travers cette exploration de la littérature sur le suicide, il est apparu crucial de considérer les caractéristiques du contexte familial dans l'évaluation des facteurs de risque des comportements suicidaires à l'adolescence. Parmi ceux-ci, ceux qui ont été identifiés comme des critères prédisposant davantage l'adolescent au suicide sont la dépression maternelle (Brent et al., 2002; Gureje et al., 2011; Hammerton et al., 2015; Hammerton et al., 2016), une relation parent-enfant conflictuelle (Ahmadi, 2009; Bridge et al., 2006; Connor & Rueter 2006; Logan et al., 2011; Steele & Doey, 2007; Wagner et al., 2003, Hammerton et al., 2016) ainsi que le dysfonctionnement familial (Brent et al, 2002; Cerel & Roberts, 2005; Machell et al., 2016; Steele & Doey, 2007; Wagner et al., 2003).

En revanche, comme il été mentionné précédemment dans l'étude de Johnson et ses collaborateurs (2003), des liens significatifs peuvent être établis entre les difficultés psychologiques du parent, les pratiques parentales et les tentatives de suicide à l'adolescence. Leurs résultats suggèrent que les pratiques parentales agiraient en tant que modérateur de la

relation entre les psychopathologies parentales et les comportements suicidaires de leurs adolescents. Dans une optique de prévention, Johnson et ses collaborateurs (2003) proposent que l'évaluation des caractéristiques du contexte familial en tant que facteur de risque de la suicidalité à l'adolescence permettrait d'identifier plus efficacement les familles à risque. Ils suggèrent aussi que les interventions psychothérapeutiques pourraient être plus efficaces pour prévenir le suicide ainsi que des difficultés interpersonnelles prolongées chez les enfants et les adolescents provenant de ces familles, comparativement aux jeunes de familles à plus faible risque. En outre, Machell, Rallis et Esposito-Smythers (2016) sont aussi d'avis que l'intégration de pratiques parentales positives, telles qu'en favorisant une communication parent-enfant plus positive, permettrait d'agir sur les symptômes présentés par l'adolescent et de réduire le risque suicidaire.

Par conséquent, il appert hautement pertinent d'investiguer conjointement la dépression maternelle, la relation mère-enfant, le fonctionnement familial et la symptomatologie du jeune en tant que facteurs de risque pour prédire les comportements suicidaires à l'adolescence. Comme il a été suggéré par la Commission de la santé mentale du Canada (2018), il est pertinent de considérer plusieurs variables biopsychosociales dans un objectif de prédiction des comportements suicidaires. Par ailleurs, l'étude de ces problématiques permettra de dresser un portrait longitudinal plus juste de celles-ci dans la population québécoise, ce qui souligne le bien-fondé du présent projet.

## 1.7 Objectifs et hypothèses

### 1.7.1 Objectifs

Le présent projet visait essentiellement à vérifier la nature et la force des relations entre les symptômes dépressifs de la mère et les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux, les comportements suicidaires de l'adolescent. Le second objectif était de vérifier si les caractéristiques du contexte familial ont un effet modérateur sur la relation entre la dépression maternelle et le développement de comportements suicidaires chez le jeune de 15 ans. Finalement, notre étude s'intéresse également à vérifier les interrelations entre nos variables d'intérêt. En effet, nous souhaitons identifier quels facteurs de risque, parmi les variables familiales à l'étude et les symptômes de santé mentale chez le jeune de 13 ans (anxiété et dépression) permettaient le mieux de prédire l'apparition de comportements suicidaires chez l'adolescent à 15 ans.

### 1.7.2 Hypothèse

La première hypothèse de cet essai doctoral postule que la présence de symptômes dépressifs chez la mère sera associée significativement et positivement à la présence de symptômes dépressifs, anxieux et de comportements suicidaires chez son adolescent. Deuxièmement, il est postulé que la présence de symptômes dépressifs chez la mère, une relation négative avec la mère, un haut niveau de dysfonctionnement familial, la présence de symptômes dépressifs et anxieux chez le jeune ainsi que la présence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide antérieures à 13 ans seront les meilleurs prédicteurs des comportements suicidaires du jeune à l'âge de 15 ans. Troisièmement, nous posons l'hypothèse que les variables associées au

contexte familial joueront un rôle modérateur dans l'association entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires.

## CHAPITRE II

### MÉTHODE

#### 2.1 Participants

L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec est une enquête qui suit annuellement une cohorte de 2 120 enfants nés en 1997-1998 et recrutés aléatoirement. La population visée par l'ÉLDEQ est des enfants nés de mères québécoises en 1997 et 1998 qui avaient 59 ou 60 semaines de grossesse au début de chaque vague de collecte du volet 1998. Les nourrissons dont la durée de grossesse est manquante ainsi que ceux naissant dans les régions sociosanitaires 10 (Nord du Québec), 17 et 18 (territoires cri et inuit) ainsi que sur les réserves indiennes ont été exclus. Les grossesses multiples étaient également exclues de l'étude. Les enfants ne remplissant pas les critères d'inclusion à l'étude représentent 3.4 % de toutes les naissances vivantes de mères résidant au Québec en 1997/1998. Au terme de la phase un, soit en 2002, l'échantillon est représentatif de la population des enfants nés de mères résidant au Québec entre octobre 1997 et juillet 1998 (naissances simples) et qui sont demeurés au Québec jusqu'à l'âge d'environ 4 ans ou n'ont quitté la province que temporairement.

#### 2.2 Procédure

Après la première collecte de donnée en 1998, les participants ont été rappelés périodiquement (annuellement après la première année) pour poursuivre leur participation à la recherche. Initialement, la collecte de données était effectuée par des intervieweurs au domicile des participants (volet 1 : 1998 à 2002). Pour le second volet (2002-2010), l'entrevue initiale avait lieu en face à face avec le participant. Les autres questionnaires d'évaluations étaient

envoyés par voie postale. Le troisième volet 2010-2015 de l'étude visait à rejoindre les familles dont les enfants étaient approximativement âgés de 13 à 17 ans. Lors du rappel, un questionnaire informatisé était rempli par l'intervieweur (QIRI). Par la suite, les parents ainsi que l'adolescent devaient remplir respectivement un questionnaire en ligne soit le *Questionnaire autoadministré de la mère* (QAAM), le *Questionnaire autoadministré du père* (QAAP) ainsi que le *Questionnaire en ligne du jeune* (QELJ). Les données ont ensuite été compilées par l'équipe de recherche et rendues disponibles aux chercheurs associés au projet.

Dans le cadre de l'étude, 1977 des familles répondantes du volet deux ont participé à la collecte de données de 2011 (E14), 2013 (E16) et 2015 (E18). En 2011, parmi les familles éligibles, 1312 ont répondu à au moins un des questionnaires soit au QIE ( $n=1234$ ), au QAAM ( $n=1080$ ), au QAAP ou au QIRI ( $n=1290$ ). Par la suite, en 2013, 1466 familles ont participé à l'étude en répondant à au moins un des questionnaires soit au QELJ ( $n=1446$  jeunes), au QAAM ( $n=1\ 167$ ) et au QIRI ( $n=1400$ ). Finalement, en 2015, un total de 1348 ménages ont répondu à un moins un des questionnaires soit au QELJ ( $n=1270$ ), au QAAM ( $n=1034$ ) et au QIRI ( $n=1252$ ). Pour le présent projet, nous étudierons les temps de mesure E14 et E16 où l'adolescent est âgé respectivement de 13 ( $n=1292$ ) et de 15 ans ( $n=1446$ ).

### 2.3 Considérations éthiques

Dès la première année de collecte de l'ELDEQ, l'Institut de la statistique du Québec et le Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine ont obtenu l'approbation éthique pour l'ELDEQ. Le comité aviseur de l'ELDEQ, le comité d'orientation de l'ELDEQ, de même que le comité d'éthique de Santé Québec ont poursuivi périodiquement les vérifications du protocole et des instruments afin d'assurer la protection de l'intégrité et de la dignité des participants à l'étude, de

même que l'atteinte des objectifs de l'enquête (Institut de la statistique, 2002). Par ailleurs, un formulaire de consentement a été soumis et accepté par le Comité d'éthique de la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec et devait être signé annuellement par l'un ou l'autre des parents. Pour assurer la confidentialité des informations et augmenter la fiabilité de l'autoévaluation des adolescents, le jeune était invité à signer lui-même un consentement à partir de l'âge de 15 ans. Toutefois, le jeune de 13 ans était également informé de la confidentialité de ses informations selon la Loi sur l'Institut de la statistique du Québec. Par ailleurs, tous les adolescents et leurs parents bénéficiaient d'une liste de ressources disponibles au besoin. De plus, lorsque les adolescents répondaient par l'affirmative aux questions sur le suicide, un avertissement apparaissait à l'écran afin d'encourager les jeunes à chercher de l'aide (Institut de la statistique, 2015). Plus spécifiquement pour cette étude, nous avons obtenu l'approbation éthique du Comité d'éthique et de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (Annexe A).

## 2.4 Instruments de mesure

Pour les phases de 2011 à 2015, il y avait trois types de questionnaires à l'étude. Tout d'abord, le questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse (QIRI) comportait plusieurs modalités, dont les données sociodémographiques, des informations sur le parent(s) habitant(s) dans le ménage, le parent biologique non-résidant ainsi que l'enfant cible. Ces modalités seront utilisées essentiellement pour des mesures descriptives de l'échantillon à l'étude. Plusieurs des variables à l'étude, c'est-à-dire les symptômes dépressifs des mères, le fonctionnement familial et la qualité de la relation parent/enfant se retrouvent dans le questionnaire autoadministré de la mère (QAAM). En outre, le questionnaire en ligne du jeune (QELJ) comporte une autoévaluation des variables portant sur le sexe de l'enfant, les comportements suicidaires, les symptômes

dépressifs ainsi que les symptômes anxieux du jeune. Le QELJ comprend également des questions sur la qualité de la relation parent/enfant perçue par le jeune.

## 2.5 Variables dépendantes

### 2.5.1 Comportements suicidaires

Les variables portant sur les comportements suicidaires ont été mesurées par six questions, proposées en grande majorité par G. Turecki du groupe McGill d'études sur le suicide (GMES) et tirées du *Questionnaire entrevue adolescent* rédigé par le groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale de l'enfant (GRIP) (Institut de la statistique du Québec, 2015). Dans le cadre de l'étude, nous avons considéré deux variables catégorielles. Les idées suicidaires étaient mesurées à l'âge de 13 et de 15 ans par une réponse affirmative à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous sérieusement pensé à vous suicider ? ». Cette variable a été recodée dans le cadre de notre étude, nous avons déterminé que les réponses « sans objet », « non-réponse », « ne sais pas », « refus » ou « non » correspondait à l'absence d'idées suicidaires sérieuses alors que la présence d'idées suicidaires correspondait aux jeunes ayant répondu « oui » à la question ci-haut. Les tentatives de suicide étaient mesurées à 13 et à 15 ans par une réponse affirmative à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous sérieusement pensé à vous suicider ? ». Si l'adolescent répondait oui à la question, on lui demandait alors : « combien de tentatives ? ». Cette variable a également été recodée. Les réponses « une fois » et « Plus d'une fois » indiquaient la présence d'une tentative ou plus, alors que les réponses « sans objet », « non-réponse », « ne sais pas », « refus » ou « aucune, jamais » signifiaient que le jeune n'avait jamais fait de tentative de suicide. À ce jour, trois études publiées ont utilisé cet outil dans leurs analyses



secondaires des données de l'ELDEQ (Geoffroy et al., 2016; Geoffroy et al., 2018; Machell et al., 2016).

## 2.6 Variables indépendantes

### 2.6.1 Variables sociodémographiques

Les variables sociodémographiques ont été mesurées aux deux temps de mesure (E14/E16) et se retrouvaient dans le questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse (QIRI). Pour notre étude, nous avons retenu trois variables sociodémographiques continues : *Diplôme le plus élevé (mère ou conjointe du père)*, *Type de famille à l'enquête* et *Situation en emploi des parents*. Pour la variable *Diplôme le plus élevé (mère ou conjointe du père)*, les participants devaient répondre à la question « Quel est le plus niveau de scolarité que vous avez atteint? » dont les 4 choix de réponses étaient (a) pas de diplôme secondaire, (b) diplôme d'études secondaires, (c) diplôme post-secondaire (sauf université) et (d) diplôme universitaire. Pour la variable *Type de famille à l'enquête*, les chercheurs de l'ELDEQ ont distingué quatre types de familles soit (a) famille intacte, (b) famille recomposée, (c) famille monoparentale ainsi que (d) famille autre. Pour la variable *Situation en emploi des parents (12 derniers mois)*, les participants devaient répondre à la question « Dans la prochaine section, nous allons poser des questions au sujet des emplois que vous avez exercés au cours des 12 derniers mois. Veuillez inclure les emplois à temps partiel, le travail à forfait, la garde d'enfants et tout autre travail rémunéré ». Les chercheurs de l'ELDEQ ont ensuite classifié les familles en cinq catégories c'est-à-dire (a) Biparentale, deux emplois, (b) Biparentale, un emploi, (c) Biparentale, aucun emploi, (d) Monoparentale, un emploi et (e) Monoparentale, aucun emploi. La variable *Statut socioéconomique révisé* est la seule variable à échelle considérée dans notre projet en tant que variable contrôle.

### 2.6.2 Dépression de la mère

La variable *Dépression de la mère* a été évaluée à un seul temps de mesure lorsque l'adolescent était âgé de 13 ans (E14). Ces questions sont basées sur la version écourtée de l'échelle de dépression du CES-D, réduite par M. Boyle de l'Hôpital Chedoke-McMaster de l'Université McMaster et élaborée initialement par L.S. Radloff (Institut de la statistique du Québec, 2015). Celles-ci visent à évaluer la présence et la gravité des symptômes dépressifs maternels au cours de la dernière année par des questions telles que « Je me suis sentie déprimée ? ». Dans le questionnaire autorapporté de la mère (QAAM), six questions permettaient d'évaluer ces symptômes. Les participants devaient répondre à ces questions sur une échelle de Likert en quatre points allant de « Rarement ou jamais » à « La plupart du temps ou tous les jours ». L'alpha de Cronbach de la version écourtée de cette mesure est de 0.83 (Mazza et al., 2017). Cet instrument de mesure d'évaluation de la dépression chez les parents a été validé par Roy et ses collègues dans le cadre d'une étude épidémiologique (2005). Les résultats obtenus par les auteurs confirment la validité de construit de l'instrument de mesure utilisé dans l'ELDEQ dans l'évaluation de la dépression majeure au cours de la vie du parent (Roy et al., 2005).

Pour les analyses du présent projet, les mères souffrant de dépression ont été déterminées à partir d'un seuil limite (3.33) ciblant 10% des participantes de l'échantillon ayant obtenu les scores supérieurs à cette mesure ce qui est une procédure régulièrement employée dans les études longitudinales afin d'identifier les problèmes de santé mentale dans un échantillon représentatif de la population (Elgar, Curtis, McGrath, Waschbusch et Stewart, 2003; Geoffroy et al., 2018).

### 2.6.3 Fonctionnement familial

La variable *Fonctionnement familial* a été mesuré lorsque l'adolescent avait 13 et 15 ans, par sept questions portant sur le fonctionnement global de la famille, telles que « Dans notre famille, chaque personne est acceptée telle qu'elle est. » ou encore « Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans notre famille. » (Institut de la statistique, 2015). Les mères devaient répondre à ces items inclus dans le QAAM sur une échelle en cinq points allant de « entièrement d'accord » à « entièrement en désaccord ». Ces questions, formulées initialement par les chercheurs de l'Hôpital Cherdoke-McMaster de l'Université Mc-Master, sont tirées de sept items de la version courte de la Sous-Échelle du fonctionnement général du *McMaster Family Assessment Device* ( $\alpha = .82$ ). La variable du fonctionnement familial est obtenue à partir de la moyenne des items, qui porte sur la résolution de problèmes, la communication, les rôles, la réceptivité et la participation affective ainsi que la maîtrise du comportement de l'enfant (Institut de la statistique, 2015). Cette variable est inversée, c'est-à-dire qu'un faible score indique que la famille est fonctionnelle (Institut de la statistique, 2015).

### 2.6.4 Relation mère-enfant

La qualité de la relation entre la mère et l'enfant a été évaluée par des mesures autorapportées chez la mère ainsi que chez le jeune. D'abord, la première mesure était composée de 32 items tirés de l'Échelle des cognitions et des conduites parentales (l'ÉCOPAN) (Institut de la statistique du Québec, 2014). La variable *Relation mère-enfant* est évaluée à partir de trois sous-échelles : la relation mère-enfant positive (« Votre jeune d'environ 15 ans vous parle-t-il(elle) de sa vie personnelle, de ce qu'il(elle) ressent? »), la relation mère-enfant conflictuelle (« Vous arrive-t-il de punir votre jeune? ») ainsi que la supervision parentale mère-enfant

(« Savez-vous où est votre jeune quand il(elle) n'est pas à la maison? »). Ces questions se retrouvaient aux deux temps de mesure (E14, E16) dans le QAAM. Les mères des adolescents devaient y répondre en se référant aux six derniers mois sur une échelle de Likert en 5 points. Dans le cadre de ce projet, nous avons utilisé les variables relation mère-enfant positive et relation mère-enfant conflictuelle. Dans le premier volet de l'ELDEQ en 2002, les analyses effectuées sur les données recueillies ont montré un niveau de fiabilité acceptable puisque les alphas de Cronbach variaient de 0.53 à 0.81 chez les mères (Institut de la statistique du Québec, 2014).

Ensuite, la qualité de la relation mère-enfant a également été évaluée par le jeune au temps de mesure E16 (six derniers mois) dans le questionnaire en ligne du jeune (QELJ) et se divisait en deux échelles : *Relation jeune-parents positive (selon le jeune)* et *Relation jeune-parents négative (selon le jeune)*. Cette seconde mesure était composée de 23 items, dont quatre questions adaptées de l'Étude Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes et de 11 questions tirées du Questionnaire psychosocial de l'élève de la Stratégie d'intervention pour agir autrement (SIAA) (Institut de la statistique du Québec, 2014). Les adolescents étaient encouragés à répondre à des questions telles que « Pense à ta mère. En général, comment décrirais-tu ta relation avec elle? » ou encore « Au cours des six derniers mois, mes parents/mon père/ma mère écoutent mes idées et mes opinions » sur une échelle de Likert en cinq points allant de « Jamais » à « Toujours ». L'alpha de Cronbach pour la variable relation jeune-parents positive (selon le jeune) était de 0.84 et celui pour la variable relation jeune-parents négative (selon le jeune) était de 0.82. Une variable dichotomique intitulée *Relation avec ta mère* a également été élaborée par l'ELDEQ afin d'obtenir une évaluation qualitative par le jeune de 13 ans de sa relation avec sa

mère au cours des six derniers mois. Le jeune disposait des choix de réponses suivants : « sans objet », « non-réponse », « ne sais pas », « refus », « très proche », « assez proche », « pas très proche » et « pas de contacts avec ma mère » (Institut de la statistique du Québec, 2017).

#### 2.6.5 Symptômes dépressifs du jeune

Au temps de mesure E14, la variable intitulée *Niveau de symptômes dépressifs du jeune* a été utilisée pour mesurer les symptômes dépressifs présentés par l'adolescent de 13 ans au cours des deux dernières semaines. Cette variable était calculée à partir des résultats obtenus à seize questions tirées et adaptées du questionnaire *Children Depression Inventory* ainsi que *Early Development Inventory* (EDI) (Institut de la statistique du Québec, 2014). Ces questions, telles que « Je suis triste de temps en temps/ je suis triste très souvent/ je suis triste tout le temps » ou « J'ai envie de pleurer tous les jours/ j'ai souvent envie de pleurer, j'ai rarement envie de pleurer », se retrouvaient dans le questionnaire informatisé à l'enfant (QIE). Les participants devaient répondre aux questions sur une échelle allant généralement de « Jamais » à « Très souvent » (Institut de la statistique du Québec, 2014). L'alpha de Cronbach pour cette mesure était de 0.79 (Institut de la statistique du Québec, 2017).

Quant au second temps de mesure, la variable *Dépression (selon le jeune)*, visant à mesurer les symptômes dépressifs présentés par les adolescents de 15 ans au cours de la dernière année, était évaluée par dix questions dont « Est-ce que tu as eu des problèmes de tristesse ou de déprime qui ont nui à ta vie ? ». Ces questions étaient tirées du questionnaire sur la Santé Mentale et l'Inadaptation à l'Adolescence (MIA) suggéré par S. Côté et ses collaborateurs du GRIP où chaque variable était évaluée sur une échelle de zéro à dix. Cette mesure a été validée par Côté et ses collaborateurs (Côté et al., 2017). Les participants devaient répondre aux questions sur une

échelle en 4 points allant généralement de « Jamais » à « Très souvent ». Ces questions étaient posées dans le questionnaire en ligne du jeune (QELJ). L'alpha de Cronbach pour les symptômes dépressifs rapportés par l'adolescent était de 0.84 pour la collecte E16 (Institut de la statistique du Québec, 2017).

Pour les analyses, un seuil a été déterminé aux deux temps de mesure pour cibler un échantillon comprenant 10% des adolescents ayant obtenu les scores supérieurs de dépression (Geoffroy et al., 2018). Les seuils limites étaient de 3.75 et de 6.88 respectivement pour les collectes de E14 et E16.

#### 2.6.6 Symptômes anxieux du jeune

Pour la collecte de données E14, la variable intitulée *Anxiété (selon l'enfant)* a été utilisée pour mesurer les symptômes anxieux du jeune de 13 ans, au cours des six derniers mois. Un score sur une échelle de un à dix était calculé à partir des réponses à quatre questions tirées et adaptées de l'Étude longitudinale et expérimentale de Montréal (ÉLEM) dirigée par Richard E. Tremblay (Institut de la statistique du Québec, 2014; Institut de la statistique du Québec, 2015) dont « Depuis les six derniers mois, je suis trop craintif ou nerveux » ou encore « Depuis les six derniers mois, je suis très inquiet ». Les jeunes avaient trois choix de réponses soit (a) Jamais ou pas vrai, (b) Quelquefois ou un peu vrai et (c) Souvent ou très vrai. L'alpha de Cronbach était de 0.76 pour ce temps de mesure (Institut de la statistique du Québec, 2014).

Pour l'adolescent de 15 ans (E16), la variable nommée *Propension à l'anxiété (selon le jeune)* a été mesurée à partir de neuf questions proposées par S. Côté et tirées du *Questionnaire sur la Santé Mentale et l'Inadaptation à l'Adolescence* (Côté et al. 2017) sur une échelle de Likert en quatre points. Celles-ci comprenaient par exemple : « Au cours des 12 derniers mois, j'ai été

trop craintif ou nerveux » et « Au cours des 12 derniers mois, j'ai eu des inquiétudes qui ont affecté ma vie de tous les jours ». Les participants devaient choisir entre trois options : (a) Jamais vrai, (b) Parfois vrai et (c) Souvent vrai. Un score sur une échelle de zéro à dix était mesuré à partir de leurs réponses.

Tout comme pour les symptômes dépressifs du jeune, nous avons retenu 10% des adolescents ayant obtenu les plus hauts scores à cette échelle comme échantillon pour nos analyses statistiques (Geoffroy et al., 2018). Les seuils limites étaient de 5 et de 6.67 respectivement pour les collectes de E14 et E16.

## 2.7 Analyses

Pour l'ELDEQ, des pondérations ont été calculées pour chaque année de mesure afin d'ajuster pour l'attrition dans le but que l'échantillon demeure représentatif de la population initiale. En effet, les échantillons à l'étude ne comprennent que 60% de l'échantillon initial. Néanmoins, puisque les résultats avec et sans pondération ne différaient pas significativement, la pondération n'a pas été utilisée dans les résultats des analyses de corrélations, des régressions et du modèle acheminatoire présentés ci-dessous. Seules les fréquences présentées ont été pondérées.

Afin de mesurer la force des liens entre la dépression maternelle et les symptômes présentés par l'adolescent, nous avons effectué des corrélations de Pearson à l'aide du logiciel SPSS. Ces corrélations permettaient également de vérifier les problèmes de multicollinéarité entre les variables. Par la suite, nous avons encore eu recours au logiciel SPSS afin de réaliser des modèles de régressions linéaires simples dans le but de tester si des symptômes de dépression élevés chez la mère, mesurés lorsque l'adolescent avait 13 ans, permettaient de prédire les idéations

suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide deux ans plus tard, tout en contrôlant pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune) et les idées suicidaires ou les tentatives de suicide à 13 ans. Plus spécifiquement, un premier modèle a été testé et ne comportait pas de variable contrôle. Le second modèle est ajusté selon le sexe. Le troisième modèle est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé et la relation avec la mère (selon le jeune). Finalement, le dernier modèle est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé et la relation avec la mère (selon le jeune) et la présence d'idées suicidaires sérieuses ou d'une tentative de suicide antérieure à 13 ans.

Par ailleurs, des tests de modération ont été effectués à l'aide d'analyses de régressions logistiques pour tester la présence de relations de modérations entre les variables dépendantes (idées suicidaires, tentatives de suicides) ainsi que la dépression maternelle et les variables associées au contexte familial telles que la relation positive mère-enfant, la relation conflictuelle mère-enfant, le fonctionnement familial et la relation avec la mère selon le jeune dont les données correspondent au jeune âgé de 13 ans.

En terminant, puisque les tests de modérations se sont révélés non-significatifs, un modèle d'analyse acheminatoire (*path analysis*) a été effectué à l'aide du logiciel AMOS dans le but de préciser les interrelations entre les variables indépendantes à l'étude mesurées lorsque l'adolescent avait 13 ans ainsi que les idées suicidaires et les tentatives de suicide dans les deux années subséquentes. Cette analyse permet la modélisation simultanée de plusieurs variables indépendantes mesurées chez le jeunes à 13 ans (idées suicidaires, tentatives de suicide, relation positive mère-enfant, relation conflictuelle mère-enfant, fonctionnement familial, statut



socioéconomique révisé, sexe du jeune, symptômes dépressifs du jeune et symptômes anxieux du jeune) et dépendantes mesurées chez le jeune à 15 ans (idées suicidaires et tentatives suicides).

## CHAPITRE III

### ARTICLE

#### 3.1 Présentation de l'article

Cet article dont le titre est *Suicidalité chez les adolescents québécois : Liens avec la dépression maternelle et les caractéristiques du contexte familial* sera soumis en 2020 pour publication dans la revue *Santé mentale au Québec*. L'article scientifique comporte un résumé, une introduction, la méthodologie, les résultats (tableaux et figures), une discussion, une conclusion ainsi que les références.

#### 3.2 Abstract / Résumé

Le suicide est le motif du décès chez 3,6 % des adolescentes et 11,3% des adolescents en 2014-2016 au Québec, selon INSPQ (Lévesque, Pelletier et Perron, 2020). Notre étude vise à investiguer si la dépression maternelle constitue un facteur prédicteur des comportements suicidaires à l'adolescence ainsi qu'à vérifier si la relation mère-enfant et le fonctionnement familial sont des modérateurs de cette relation. Nous présenterons des résultats tirés d'analyses secondaires des données de l'Étude longitudinale sur le développement des jeunes du Québec (ELDEQ) recueillis auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise. Cette enquête comprend un échantillon de plus de mille familles recrutées aléatoirement et qui sont suivies depuis la naissance de leur enfant (entre 1997-1998). Lorsque les enfants avaient 13 ans, 1292 familles ont complété le questionnaire tandis que 1446 familles l'ont fait lorsque leur enfant avait 15 ans. Les fréquences obtenues par les adolescents participants en regard des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (13 ans : 5,2% 15 ans : 5,7%) sont plus élevées que pour les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois (13 ans : 3,1% ; 15 ans : 2,7%). Des analyses de corrélations de Pearson, des régressions logistiques ainsi qu'un modèle d'analyse acheminatoire ont été effectuées. Les résultats des régressions logistiques ont mis en évidence que les adolescents de 13 ans dont les mères étaient déprimées étaient 2 fois plus susceptibles de présenter des idéations suicidaires et de 2,8 à 3,3 fois plus à risque d'avoir fait une tentative de suicide à l'âge de 15 ans comparativement aux adolescents dont les mères n'étaient pas déprimées à cet âge ( $p < 0.05$ ). De plus, un risque plus élevé de comportements suicidaires a été relevé pour les filles, celles-ci étant de 3,7 à 4,1 fois plus à risque de présenter des idées suicidaires sérieuses et de 4,5 à 5,2 fois plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide à 15 ans comparativement aux garçons. Par ailleurs, être un adolescent de 13 ans qui a manifesté des comportements suicidaires est associé à une probabilité plus importante d'avoir ces mêmes comportements dans les deux années subséquentes par rapport à un adolescent qui n'avait pas

présenté de comportements suicidaires à 13 ans. Ces jeunes sont de 13 à 14,5 fois plus à risque de manifester des idées suicidaires et de 8,5 à 11 fois plus à risque de rapporter des tentatives de suicide. De plus, les résultats du modèle acheminatoire montrent que le sexe féminin, les antécédents d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide à 13 ans et la présence de dépression chez le jeune à 13 ans sont associés à la fois au risque de présenter des idées suicidaires sérieuses et de faire une tentative de suicide à 15 ans. À l'inverse de notre hypothèse initiale, la relation mère-enfant et le fonctionnement familial n'ont pas été associés significativement aux comportements suicidaires du jeune de 15 ans lorsque l'on contrôle pour le sexe et la dépression maternelle. L'étude souligne l'importance de considérer le sexe, les antécédents de dépression maternelle et les antécédents de comportements suicidaires dans l'évaluation et l'intervention auprès des adolescents.

Mots clés : comportements suicidaires, dépression maternelle, suicide, adolescence

### 3.3 Introduction

En 2017, on comptait un taux de 9 par 100 000 décès par suicide chez les jeunes de 15-19 ans selon un rapport produit par l'Institut national de la santé publique du Québec. Les taux de mortalité par suicide étaient environ trois fois plus élevés chez les adolescents (11.3%) comparativement aux adolescentes (3.6%) en 2014-2016 (Lévesque et al., 2020). En outre, selon les données les plus récentes, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide seraient en hausse chez les adolescents de 15 à 19 ans passant de 69.4 par 100 000 personnes en 2007 à 203.2 par 100 000 personnes en 2018. Cette augmentation diverge des taux de décès par suicide qui décroissent actuellement chez la population adolescente. Bien que cette augmentation est observée autant chez les jeunes garçons que les jeunes filles, elle serait plus importante chez les adolescentes, créant un fossé avec les taux observés chez les autres groupes d'âge (Lévesque et al., 2020).

L'Organisation mondiale de la santé (2014) définit les comportements suicidaires comme un ensemble de comportements incluant la planification du suicide, la tentative de suicide et le décès par suicide. Ils incluent également les idées suicidaires bien que cette notion suscite des débats

dans la communauté scientifique. La littérature scientifique a identifié plusieurs facteurs de risque pour le suicide à l'adolescence. Les études d'autopsies psychologiques ont identifié que des antécédents de comportements suicidaires étaient fréquemment observés chez les adolescents qui se sont suicidés (Bridge et al., 2006; Cash & Bridge, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Séguin et al., 2011). Dans la même lignée, des antécédents de comportements suicidaires représentent un prédicteur important de récurrence à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte (Bilsen, 2018; Bridge et al., 2006; Séguin et al., 2011).

La littérature nous informe également que la comorbidité entre les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux augmente le risque de présenter des comportements suicidaires (Balázs et al., 2013; Machell et al., 2016; Verona & Javdavi, 2011). Il existerait des liens entre des symptômes dépressifs à l'enfance et le développement de comportements suicidaires précoces (Balázs et al., 2013; Brent et al., 2004; Karlsson et al., 2007). À ce sujet, la revue de littérature de Bridge, Goldstein et Brent (2006) s'est penchée sur les facteurs de risque et de protection pour les comportements suicidaires des jeunes et a relevé que la présence d'un trouble de santé mentale accroissait de neuf fois le risque de suicide. La dépression est le trouble de santé mentale le plus susceptible de mener à des comportements suicidaires et ceci tant chez les garçons que chez les filles (Bridge et al., 2006).

Les résultats de plusieurs études scientifiques ont souligné qu'une proportion significative des adolescents dépressifs et suicidaires qui ne bénéficient pas d'interventions pour la présence de ces problématiques présente toujours des symptômes dépressifs et anxieux à l'âge adulte (Agerup et al., 2015; Cash & Bridge, 2009; Garber & Cole, 2010). Cela favorise ainsi le développement

d'une trajectoire de vulnérabilité suicidaire jusqu'à la vie adulte qui est susceptible de s'achever par la complétion d'un suicide (Cash & Bridge, 2009; VanDoessum & Hosman, 2009).

D'autre part, Bilsen (2018) estime que des facteurs familiaux sont impliqués dans plus de la moitié des suicides chez les jeunes. Les facteurs familiaux ciblés dans l'article étaient les antécédents de trouble de santé mentale chez le parent, particulièrement le trouble dépressif, le contexte familial ainsi que la relation parent-enfant. L'auteur affirme que l'évaluation de ces facteurs serait donc primordiale pour l'évaluation et la prévention du suicide chez le jeune. Dans la littérature scientifique, ceux qui ont été identifiés comme critères prédisposant davantage l'adolescent au suicide sont la dépression maternelle (Brent et al., 2002; Gureje et al., 2011; Hammerton et al., 2015; Hammerton et al., 2016), une relation parent-enfant conflictuelle (Ahmadi, 2009; Bridge et al., 2006; Connor & Rueter 2006; Logan et al., 2011; Wagner et al., 2003, Hammerton et al., 2016) ainsi que le dysfonctionnement familial (Brent et al, 2002; Cerel & Roberts, 2005; Machell et al., 2016; Steele & Doey, 2007; Wagner et al., 2003).

Toutefois, à notre connaissance, seulement deux études ont voulu investiguer les mécanismes sous-jacents à l'association entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires à l'adolescence. Tout d'abord, l'étude longitudinale effectuée par Hammerton et ses collaborateurs (2016) auprès de 10 559 familles s'est penchée sur les liens entre la relation parent-enfant, la dépression maternelle, les tentatives de suicide maternelles ainsi que la dépression et les tentatives de suicide de leur progéniture. Les résultats ont souligné une association directe entre la dépression sévère et chronique de la mère ainsi que les idées suicidaires de l'adolescent âgé de 16 ans ainsi qu'une association indirecte avec trois variables médiatrices c'est-à-dire entre la dépression du jeune, la relation parent-enfant et des tentatives de

suicide chez la mère. Ils ont donc identifié que la relation parent-enfant serait une variable médiatrice entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires du jeune. En outre, une seconde étude longitudinale populationnelle de Goodday et ses collaborateurs (2019) soulignent qu'il pourraient y avoir une contribution à long terme des caractéristiques du contexte familial telles que la structure familiale, la cohésion sociale ainsi que le soutien social sur les comportements suicidaires des jeunes canadiens (11 à 25 ans) qui ont été exposés à la dépression maternelle. Par conséquent, il apparaît hautement pertinent de considérer conjointement la dépression maternelle, la relation mère-enfant, le fonctionnement familial et la symptomatologie du jeune en tant que facteurs de risque afin de prédire les comportements suicidaires à l'adolescence.

Notre étude visait à investiguer si la dépression maternelle constituait un facteur prédicteur des comportements suicidaires à l'adolescence ainsi qu'à vérifier si, comme dans l'étude d'Hammerton et ses collaborateurs (2016), les caractéristiques du contexte familial étaient un modérateur de cette relation. Nos hypothèses sont que la présence de symptômes dépressifs chez la mère sera associée significativement et positivement à la présence de symptômes dépressifs, anxieux et aux comportements suicidaires de leurs adolescents. Il est postulé que la présence de symptômes dépressifs chez la mère, une relation négative avec la mère ainsi que la présence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide antérieures seront les meilleurs prédicteurs des comportements suicidaires du jeune de 15 ans. Par ailleurs, nous anticipons que les symptômes anxieux ainsi que les symptômes dépressifs à 13 ans seront des prédicteurs de la présence de comportements suicidaires à 15 ans. Finalement, nous posons également l'hypothèse que les

variables associées au contexte familial joueront un rôle modérateur dans l'association entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires.

### 3.4 Matériel et méthode

### 3.5 Échantillon

L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ) est une enquête qui suit annuellement une cohorte de 2 120 enfants nés en 1997-1998 et recrutés aléatoirement. Les données ont été recueillies annuellement de 1998 jusqu'en 2013. Notre échantillon est basé sur l'échantillon maximal disponible (n=996) comprenant toutes les variables de cette étude sur la santé mentale du jeune, la santé mentale de la mère et les variables associées au milieu familial pour deux années de mesure, lorsque l'adolescent était âgé de 13 ans (n= 1234) et de 15 ans (n= 1446).

### 3.6 Souci éthique

L'Institut de la statistique du Québec et le Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine ont obtenu l'approbation éthique pour l'ELDEQ. Un consentement écrit a été signé par tous les parents des participants à chaque année de mesure. Pour assurer la confidentialité des informations et augmenter la fiabilité de l'autoévaluation des adolescents, le jeune de 15 ans signait lui-même un consentement. Par ailleurs, tous les adolescents et leurs parents bénéficiaient d'une liste de ressources disponibles au besoin. De plus, lorsque les adolescents répondaient par l'affirmative aux questions sur le suicide, un avertissement apparaissait à l'écran afin d'encourager les jeunes à chercher de l'aide (Institut de la statistique, 2002).

### 3.7 Mesures

#### 3.7.1 Variables dépendantes

*Idées suicidaires et tentatives de suicide.* Les variables portant sur les comportements suicidaires ont été mesurées par six questions, proposées en grande majorité par G. Turecki du groupe McGill d'études sur le suicide (GMES) et tirées du *Questionnaire entrevue adolescent* rédigé par le groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale de l'enfant (GRIP) (Institut de la statistique du Québec, 2015). Dans le cadre de l'étude, nous avons considéré deux variables catégorielles. Les idées suicidaires étaient mesurées à l'âge de 13 et de 15 ans par une réponse affirmative à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous sérieusement pensé à vous suicider ? ». Cette variable a été recodée dans le cadre de notre étude. Nous avons ainsi déterminé que les réponses « sans objet », « non-réponse », « ne sais pas », « refus » ou « non » correspondaient à l'absence d'idées suicidaires sérieuses alors que la présence d'idées suicidaires correspondait aux jeunes ayant répondu « oui » à la question ci-haut. Les tentatives de suicide étaient mesurées à 13 et à 15 ans par une réponse affirmative à la question : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous sérieusement pensé à vous suicider ? ». Si l'adolescent répondait oui à la question, on lui demandait alors : « combien de tentatives ? ». Cette variable a également été recodée. Les réponses « une fois » et « Plus d'une fois » indiquaient la présence d'une tentative ou plus, alors que les réponses « sans objet », « non-réponse », « ne sais pas », « refus » ou « aucune, jamais » signifiaient que le jeune n'avait jamais fait de tentative de suicide. À ce jour, trois études publiées ont utilisé cet outil dans leurs analyses secondaires des données de l'ELDEQ (Geoffroy et al., 2016; Geoffroy et al., 2018; Machell et al., 2016).



### 3.7.2 Variables indépendantes

*Statut socioéconomique révisé.* Les variables sociodémographiques ont été mesurées aux deux temps de mesure (E14/E16) et se retrouvaient dans le questionnaire informatisé rempli par l'intervieweuse (QIRI). Pour notre étude, nous avons retenu la variable *Statut socioéconomique révisé*. Cette variable a été mesurée lorsque l'adolescent avait 13 ans et est une variable à échelle qui comprend le revenu des parents à l'enquête.

*Symptômes dépressifs maternels.* La variable *Dépression de la mère* a été évaluée à un seul temps de mesure lorsque l'adolescent est âgé de 13 ans. Ces questions sont basées sur la version courte de l'échelle de dépression du CES-D, réduite par M. Boyle de l'Hôpital Chedoke-McMaster de l'Université McMaster et élaborée initialement par L.S. Radloff (Institut de la statistique du Québec, 2015). Celle-ci vise à évaluer la présence et la gravité des symptômes dépressifs maternels au cours de la dernière année et a été validée par l'étude de Roy et ses collègues dans une étude épidémiologique (2005). L'alpha de Cronbach de la version courte de cette mesure était de 0.83 (Mazza et al., 2017). Pour les analyses de notre projet, nous avons utilisé un seuil limite (3.33) ciblant 10% des participantes de l'échantillon ayant obtenu les scores supérieurs à cette mesure. Il s'agit d'une procédure employée afin d'identifier les troubles de santé mentale dans un échantillon représentatif de la population (Elgar, Curtis, McGrath, Waschbusch et Stewart, 2003; Geoffroy et al., 2018).

*Fonctionnement familial.* Le fonctionnement familial est une variable continue qui a été mesurée lorsque l'adolescent avait 13 et 15 ans, par des questions tirées de la version courte de la Sous-Échelle du fonctionnement général du *McMaster Family Assessment Device* ( $\alpha = .82$ ) et

portant sur le fonctionnement global de la famille. Cette variable est inversée, c'est-à-dire qu'un faible score indique que la famille est fonctionnelle (Institut de la statistique, 2015).

*Relation mère-enfant (positive et conflictuelle).* Cette variable continue était composée de 32 items tirés de l'échelle de l'Échelle des cognitions et des conduites parentales (l'ÉCOPAN) et était évaluée par les mères aux deux années de mesure (Institut de la statistique du Québec, 2014). Les mères des adolescents devaient y répondre en se référant aux six derniers mois. Après le premier volet de l'ELDEQ en 2002, cette mesure présentant une fiabilité acceptable dont les alphas de Cronbach variaient de 0.53 à 0.81 (Institut de la statistique du Québec, 2014).

*Relation avec la mère.* Cette variable dichotomique permet d'obtenir une évaluation par le jeune de 13 ans au cours des six derniers mois de sa relation avec sa mère. Cette seconde mesure était composée de 23 items, dont quatre questions adaptées de l'Étude Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes et de 11 questions tirées du Questionnaire psychosocial de l'élève de la Stratégie d'intervention pour agir autrement (SIAA) (Institut de la statistique du Québec, 2014). Les alphas de Cronbach pour la variable relation jeune-parents positive (selon le jeune) était de 0.84 et la variable relation jeune-parents négative (selon le jeune) était de 0,82 (Institut de la statistique du Québec, 2017). Une variable dichotomique intitulée relation avec ta mère a également été élaborée afin d'obtenir une évaluation qualitative par le jeune de 13 ans de sa relation avec sa mère au cours des six derniers mois. Le jeune disposait des choix de réponses suivant : « sans objet », « non-réponse », « ne sais pas », « refus », « très proche », « assez proche », « pas très proche » et « pas de contacts avec ma mère » (Institut de la statistique du Québec, 2017).

*Symptômes dépressifs chez les adolescents.* Au temps de mesure E14, cette variable tirée et adaptée des questions du *Children Depression Inventory* ainsi que du *Early Développement Inventory* (EDI) a été utilisée pour mesurer les symptômes dépressifs présentés par l'adolescent de 13 ans au cours des deux dernières semaines (Institut de la statistique du Québec, 2014). L'alpha de Cronbach pour cette mesure était de 0.79 (Institut de la statistique du Québec, 2017). Quant au second temps de mesure (E16), une mesure différente était utilisée se basant sur les questions du questionnaire sur la Santé Mentale et l'Inadaptation à l'Adolescence (MIA), validée par Côté et ses collaborateurs (2017), afin d'évaluer les symptômes dépressifs présentés par les adolescents de 15 ans au cours de la dernière année. L'alpha de Cronbach était de 0.84 (Institut de la statistique du Québec, 2017). Pour les analyses, un seuil a été déterminé aux deux temps de mesure pour cibler un échantillon comprenant 10% des adolescents ayant obtenu les scores supérieurs de dépression (Geoffroy et al., 2018). Les seuils limites étaient de 3.75 et de 6.88 respectivement pour les collectes de E14 et E16.

*Symptômes anxieux chez les adolescents.* À la collecte E14, cette variable a permis de mesurer les symptômes anxieux du jeune de 13 ans, au cours des six derniers mois et utilisait quatre questions tirées et adaptées de l'Étude longitudinale et expérimentale de Montréal (ÉLEM) (Institut de la statistique du Québec, 2015). L'alpha de Cronbach était de 0,76 (Institut de la statistique du Québec, 2014). Pour l'adolescent de 15 ans, la variable nommée *Propension à l'anxiété (selon le jeune)* a été mesurée à partir de neuf questions proposées par S. Côté et tirées du *Questionnaire sur la Santé Mentale et l'Inadaptation à l'Adolescence* (Côté et al. 2017). Tout comme pour les symptômes dépressifs du jeune, nous avons retenu 10% des adolescents ayant obtenu les plus hauts scores à cette échelle comme échantillon pour nos analyses statistiques

(Geoffroy et al., 2018). Les seuils limites étaient de 5 et de 6.67 respectivement pour les collectes de E14 et E16.

### 3.8 Analyses

Pour l'ELDEQ, des pondérations ont été calculées pour chaque année de mesure afin d'ajuster pour l'attrition dans le but que l'échantillon demeure représentatif de la population initiale. Puisque les résultats avec et sans pondération ne différaient pas significativement, les résultats des analyses de corrélations, de régressions et du modèle acheminatoire sont présentés sans pondération. Seules les fréquences présentées sont pondérées.

Des corrélations ont été réalisées afin de vérifier les associations ainsi que les problèmes de multicolinéarité entre les variables. Puis, des régressions logistiques ont été effectuées afin de vérifier si les comportements suicidaires c'est-à-dire les idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide à 15 ans, étaient liés à la dépression maternelle (collecte E14). En outre, nous avons utilisé les régressions logistiques ainsi que des analyses acheminatoires dans une perspective longitudinale dans l'objectif de tester si des symptômes de dépression élevés chez la mère, mesurés lorsque l'adolescent avait 13 ans, permettaient de prédire les idéations suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide deux ans plus tard tout en contrôlant pour le sexe, le statut socioéconomique, la relation avec la mère (selon le jeune) et les idées suicidaires ou les tentatives de suicide à 13 ans. Les régressions logistiques ont été testées en un bloc. Plus spécifiquement, un premier modèle a été testé et ne comportait pas de variable contrôle. Le second modèle a été ajusté selon le sexe. Le troisième modèle a été ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique et la relation avec la mère (selon le jeune). Finalement, le dernier modèle a été ajusté pour le sexe, le

statut socioéconomique et la relation avec la mère (selon le jeune) et la présence d'idées suicidaires sérieuses ou d'une tentative de suicide antérieure à 13 ans.

Par ailleurs, des tests de modération ont été effectués à l'aide d'analyses de régressions logistiques pour tester la présence de relations de modérations entre les variables dépendantes (idées suicidaires, tentatives de suicides) ainsi que la dépression maternelle et les variables associées au contexte familial telles que la relation positive mère-enfant, la relation conflictuelle mère-enfant, le fonctionnement familial et la relation avec la mère selon le jeune dont les données correspondent au jeune âgé de 13 ans.

En terminant, puisque les tests de modérations se sont révélés non-significatifs, un modèle d'analyse acheminatoire (*path analysis*) a été effectué à l'aide du logiciel AMOS dans le but de préciser les interrelations entre les variables indépendantes à l'étude mesurées lorsque l'adolescent avait 13 ans ainsi que les idées suicidaires et les tentatives de suicide dans les deux années subséquentes. Cette analyse permet la modélisation simultanée de plusieurs variables indépendantes mesurées chez le jeunes à 13 ans (idées suicidaires, tentatives de suicide, relation positive mère-enfant, relation conflictuelle mère-enfant, fonctionnement familial, statut socioéconomique révisé, sexe du jeune, symptômes dépressifs du jeune et symptômes anxieux du jeune) et dépendantes mesurées chez le jeune à 15 ans (idées suicidaires et tentatives suicides).

### 3.9 Résultats

L'échantillon est composé de 49.2% d'adolescents et de 50.8 % d'adolescentes au temps E14 et de 50.6% adolescents et 49.4% adolescentes au temps E16. À propos des données sociodémographiques, environ 11% (E14 : 11.9% ; E16 : 11.3 %) des mères à l'étude n'avaient pas de diplôme d'études secondaires, environ 22% (E14 : 22.2% ; E16 : 21.8 %) avaient un

diplôme d'études secondaires, plus d'un tiers (E14 : 36.6% ; E16 : 35.8%) avait un diplôme d'études post-secondaires (sauf université) et approximativement 30% (E14 : 29.3% ; E16 : 31.1%) des mères possédaient un diplôme d'études universitaires. Les familles à l'étude étaient majoritairement intactes ou biparentales (E14 : 61.3% ; E16 : 59.5%) bien que 18.8% d'entre elles étaient recomposées et environ un cinquième étaient de type monoparental (E14 : 20% ; E16 : 21.6%).

Au niveau des symptômes de santé mentale, notre échantillon ( $n = 1067$ ) est composé à 89.8% de mères qui présentaient peu ou pas de symptômes dépressifs et de 10.2% de mères qui présentaient des symptômes dépressifs modérés ou élevés. Les adolescents de notre échantillon présentaient des symptômes dépressifs modérés ou élevés à 12.5% à l'âge de 13 ans et à 10.4% à l'âge de 15 ans. Ils présentaient également des symptômes anxieux modérés ou élevés à des fréquences de 21.6% à 13 ans et de 12.9% à 15 ans.

Autant les mères que les jeunes participants indiquent en grande majorité avoir de bonnes relations parent-jeune. En effet, aux deux temps de mesure, la majorité des mères rapportent avoir une relation très proche ou proche avec leur jeune (91%). Par ailleurs, sur une échelle de 1 à 10, un score moyen de 7.02 et un écart-type de 2.4 ont été obtenus pour la relation jeune/enfant positive (selon le jeune) et un score moyen de 1.94 pour un écart-type de 1.88 pour la relation jeune/parent négative (selon le jeune) lors de la collecte E16.

### 3.9.1 Fréquences des comportements suicidaires chez les jeunes de 13 et 15 ans

Les fréquences des comportements suicidaires sont similaires pour les jeunes de 13 et 15 ans. La fréquence d'idées suicidaires est de 5.45% en moyenne chez les jeunes participants (13 ans : 5.2 % ; 15 ans 5.7%) alors qu'elle est de 2.9% en moyenne pour les tentatives de suicide (13

ans : 3.1% et 15 ans : 2.7%). Le tableau ci-dessous présente les fréquences pondérées des comportements suicidaires totales et selon le sexe (Tableau 3.1). Des analyses de corrélations de Pearson ont soulevé des associations entre la dépression maternelle et les trois variables suivantes : les symptômes anxieux du jeune ( $r=.088$ ;  $p<0.01$ ), les idées suicidaires sérieuses ( $r=.087$ ;  $p<0.01$ ) et les tentatives de suicide ( $r=.093$ ;  $p<0.01$ ). Les symptômes dépressifs chez le jeune sont liés aux idées suicidaires sérieuses ( $r=.224$ ;  $p<0.01$ ) et aux tentatives de suicide ( $r=.147$ ;  $p<0.01$ ). Ces résultats sont présentés dans le Tableau 3.2 ci-dessous.

Tableau 3.1 Prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide dans les 12 derniers mois à 13 et 15 ans selon le sexe

	Totales (%)		Garçons (%)		Filles (%)	
	13 ans	15 ans	13 ans	15 ans	13 ans	15 ans
Idées suicidaires (IS)	4.5	5.9	3.7	3.0	5.3	8.6
Tentatives de suicide (TS)	2.4	2.8	2.1	0.1	2.7	4.5

<sup>a</sup> Basé sur l'échantillon maximum disponible (n=1234 à 13 ans, n=1446 à 15 ans)

Tableau 3.2 Corrélations

Corrélations		IS (12 derniers mois) à 15 ans	TS (12 derniers mois) à 15 ans	Dépression maternelle (jeune 13 ans)	Sexe de l'enfant	Dépression du jeune à 13 ans	Anxiété du jeune à 13 ans	Statut socio-économique révisé	Relation positive mère/enfant (jeune 13 ans)	Relation conflictuelle mère/enfant (jeune 13 ans)	Fonctionnement familial (jeune 13 ans)	IS (12 derniers mois) à 13 ans	TS (12 derniers mois) à 13 ans	Relation avec ta mère (selon le jeune de 13 ans)
IS (12 derniers mois) à 15 ans	Corrélation de Pearson	1.000	0.671	0.087	0.127	0.109	0.095	-0.085	-0.048	0.036	0.031	0.293	0.171	0.063
	Sig. (bilatérale)		0.000	0.005	0.000	0.000	0.001	0.003	0.126	0.255	0.322	0.000	0.000	0.030
	N	1446	1446	1015	1168	1165	1165	1204	1025	1025	1014	1168	1168	1168
TS (12 derniers mois) à 15 ans	Corrélation de Pearson	0.671	1.000	0.093	0.112	0.085	0.104	-0.071	-0.047	0.014	0.031	0.230	0.137	0.025
	Sig. (bilatérale)	0.000		0.003	0.000	0.004	0.000	0.014	0.132	0.659	0.324	0.000	0.000	0.392
	N	1446	1446	1015	1168	1165	1165	1204	1025	1025	1014	1168	1168	1168
Dépression maternelle (jeune 13 ans)	Corrélation de Pearson	0.087	0.093	1.000	0.015	0.010	0.088	-0.108	-0.106	0.044	0.164	-0.015	0.019	0.003
	Sig. (bilatérale)	0.005	0.003		0.640	0.745	0.005	0.000	0.001	0.149	0.000	0.624	0.541	0.933
	N	1015	1015	1067	1042	1037	1037	1064	1065	1065	1054	1042	1042	1042
Sexe de l'enfant	Corrélation de Pearson	0.127	0.112	0.015	1.000	0.083	0.202	-0.003	0.112	-0.117	-0.017	0.038	0.019	0.139
	Sig. (bilatérale)	0.000	0.000	0.640		0.004	0.000	0.915	0.000	0.000	0.581	0.186	0.497	0.000
	N	1168	1168	1042	1234	1228	1229	1231	1051	1051	1040	1234	1234	1234



Corrélations		IS (12 dernier s mois) à 15 ans	TS (12 dernier s mois) à 15 ans	Dépression maternelle (jeune 13 ans)	Sexe de l'enfant	Dépression du jeune à 13 ans	Anxiété du jeune à 13 ans	Statut socio- économiqu e révisé	Relation positive mère/enfant (jeune 13 ans)	Relation conflictuell e mère/enfant (jeune 13 ans)	Fonctionne- ment familial (jeune 13 ans)	IS (12 dernier s mois) à 13 ans	TS (12 dernier s mois) à 13 ans	Relation avec ta mère (selon le jeune de 13 ans)
Dépression du jeune à 13 ans	Corrélation de Pearson	0.109	0.085	0.010	0.083	1.000	0.261	-0.032	-0.101	0.129	0.112	0.224	0.147	0.169
	Sig. (bilatérale)	0.000	0.004	0.745	0.004		0.000	0.265	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	1165	1165	1037	1228	1228	1227	1225	1046	1046	1035	1228	1228	1228
Anxiété du jeune à 13 ans	Corrélation de Pearson	0.095	0.104	0.088	0.202	0.261	1.000	0.000	-0.007	0.046	0.091	0.141	0.109	0.093
	Sig. (bilatérale)	0.001	0.000	0.005	0.000	0.000		0.990	0.823	0.135	0.003	0.000	0.000	0.001
	N	1165	1165	1037	1229	1227	1229	1226	1046	1046	1035	1229	1229	1229
Statut socio- économiqu e révisé	Corrélation de Pearson	-0.085	-0.071	-0.108	-0.003	-0.032	0.000	1.000	0.077	-0.098	-0.033	-0.056	-0.068	-0.002
	Sig. (bilatérale)	0.003	0.014	0.000	0.915	0.265	0.990		0.011	0.001	0.283	0.048	0.017	0.942
	N	1204	1204	1064	1231	1225	1226	1288	1075	1075	1064	1231	1231	1231
Relation positive mère/enfant (jeune 13 ans)	Corrélation de Pearson	-0.048	-0.047	-0.106	0.112	-0.101	-0.007	0.077	1.000	-0.227	-0.357	-0.087	-0.089	-0.217
	Sig. (bilatérale)	0.126	0.132	0.001	0.000	0.001	0.823	0.011		0.000	0.000	0.005	0.004	0.000
	N	1025	1025	1065	1051	1046	1046	1075	1078	1078	1065	1051	1051	1051
Relation conflictuell e mère/enfant (jeune 13 ans)	Corrélation de Pearson	0.036	0.014	0.044	-0.117	0.129	0.046	-0.098	-0.227	1.000	0.219	0.120	0.160	0.131
	Sig. (bilatérale)	0.255	0.659	0.149	0.000	0.000	0.135	0.001	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
	N	1025	1025	1065	1051	1046	1046	1075	1078	1078	1065	1051	1051	1051

Corrélations		IS (12 derniers mois) à 15 ans	TS (12 derniers mois) à 15 ans	Dépression maternelle (jeune 13 ans)	Sexe de l'enfant	Dépression du jeune à 13 ans	Anxiété du jeune à 13 ans	Statut socio-économique révisé	Relation positive mère/enfant (jeune 13 ans)	Relation conflictuelle mère/enfant (jeune 13 ans)	Fonctionnement familial (jeune 13 ans)	IS (12 derniers mois) à 13 ans	TS (12 derniers mois) à 13 ans	Relation avec ta mère (selon le jeune de 13 ans)
Fonctionnement familial (jeune 13 ans)	Corrélation de Pearson	0.031	0.031	0.164	-0.017	0.112	0.091	-0.033	-0.357	0.219	1.000	0.022	0.034	0.132
	Sig. (bilatérale)	0.322	0.324	0.000	0.581	0.000	0.003	0.283	0.000	0,000		0.476	0.280	0.000
	N	1014	1014	1054	1040	1035	1035	1064	1065	1065	1067	1040	1040	1040
IS (12 derniers mois) à 13 ans	Corrélation de Pearson	0.293	0.230	-0.015	0.038	0.224	0.141	-0.056	-0.087	0.120	0.022	1.000	0.724	0.122
	Sig. (bilatérale)	0.000	0.000	0.624	0.186	0.000	0.000	0.048	0.005	0.000	0.476		0.000	0.000
	N	1168	1168	1042	1234	1228	1229	1231	1051	1051	1040	1234	1234	1234
TS (12 derniers mois) à 13 ans	Corrélation de Pearson	0.171	0.137	0.019	0.019	0.147	0.109	-0.068	-0.089	0.160	0.034	0.724	1.000	0.115
	Sig. (bilatérale)	0.000	0.000	0.541	0.497	0.000	0.000	0.017	0.004	0.000	0.280	0.000		0.000
	N	1168	1168	1042	1234	1228	1229	1231	1051	1051	1040	1234	1234	1234
Relation avec ta mère (selon le jeune de 13 ans)	Corrélation de Pearson	0.063	0.025	0.003	0.139	0.169	0.093	-0.002	-0.217	0.131	0.132	0.122	0.115	1.000
	Sig. (bilatérale)	0.030	0.392	0.933	0.000	0.000	0.001	0.942	0.000	0.000	0.000	0.000	0,000	
	N	1168	1168	1042	1234	1228	1229	1231	1051	1051	1040	1234	1234	1234

### 3.9.2 Symptômes dépressifs chez la mère et comportements suicidaires chez le jeune

Les résultats présentés dans le tableau 3.3 et 3.4 montrent que, dans tous les modèles, il y a significativement plus de risques de présenter des idées suicidaires sérieuses ou des tentatives de suicide chez les adolescents de 13 ans dont les mères présentaient des niveaux élevés ou modérés de symptômes dépressifs que chez les jeunes de 13 ans dont les mères étaient peu ou pas déprimées ( $p < 0.05$ ). Les modèles testés expliquent entre 6.4 % et 16.6% de la variance des idées suicidaires et entre 7.7% et 13.2 % de la variance des tentatives de suicide chez les jeunes de 15 ans.

Tableau 3.3 Associations longitudinales entre les symptômes dépressifs maternels et les idées suicidaires (IS) à 15 ans

Dépression maternelle				Prédiction des IS à 15 ans : OR (95% IC)			
		Oui % (n)	Non % (n)	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
IS	Oui	1.2 (12)	4.5 (46)	2.37 (IC : 1.2 à 4.6)	2.21 (IC : 1.1 à 4.47)	2,04 (IC : 1 à 4.14)	2.24 (IC : 1.07 à 4.69)
	Non	8.9 (90)	85.4(867)				

Note : Le modèle 1 n'a pas de variable contrôle. Le modèle 2 est ajusté pour le sexe. Le modèle 3 est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune). Le modèle 4 est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune) et les idées suicidaires ou les tentatives de suicide à 13 ans.

<sup>a</sup> Basé sur l'échantillon maximum disponible (n=1234 à 13 ans, n=1446 à 15 ans)

Tableau 3.4 Associations longitudinales entre les symptômes dépressifs maternels et les tentatives de suicide (TS) à 15 ans

Dépression maternelle				Prédiction des TS à 15 ans : OR (95% IC)			
		Oui % (n)	Non % (n)	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
TS	Oui	0,7 (8)	2,3 (23)	3.3 (IC : 1.3 à 5.6)	3.19 (IC : 1.38 à 7.41)	2.88 (IC : 1.23 à 6.75)	2.79 (IC : 1.17 à 6.62)
	Non	9,3 (94)	87,7 (890)				

Note : Le modèle 1 n'a pas de variable contrôle. Le modèle 2 est ajusté pour le sexe. Le modèle 3 est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune). Le modèle 4 est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune) et les idées suicidaires ou les tentatives de suicide à 13 ans.

<sup>a</sup> Basé sur l'échantillon maximum disponible (n=1234 à 13 ans, n=1446 à 15 ans)

### 3.9.3 Facteurs de risque des comportements suicidaires chez les jeunes de 15 ans

Deux autres facteurs de nos modèles de régression logistiques se sont retrouvés significatifs pour prédire les idées suicidaires sérieuses (Tableau 5) et les tentatives de suicide à 15 ans

(Tableau 6) des jeunes participants. Tout d'abord, le sexe féminin était significativement associé à une probabilité quatre fois plus forte de présenter des idéations suicidaires sérieuses (RC : 4.10; IC: 2.02 à 8.34) et 5 fois plus forte (RC : 5.22; IC : 1.91 à 14.32) d'avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 mois précédents que les garçons de notre échantillon. De plus, des ratios de cote importants ont été obtenus en contrôlant pour les idéations suicidaires et les tentatives de suicide mesurées dans les 12 mois précédents la collecte de données E14. En effet, les jeunes de notre échantillon qui présentaient des antécédents d'idées suicidaires sérieuses à 13 ans étaient près de 15 fois plus à risque d'avoir à nouveau des idéations suicidaires sérieuses à 15 ans que leurs comparses qui ne présentaient pas ces idées à 13 ans (RC : 14.46; CI : 6.36 à 32.88). En

outre, les jeunes de 13 ans qui avaient précédemment fait une tentative de suicide dans les 12 mois précédant la collecte de données étaient 11 fois plus susceptibles de récidiver à 15 ans que ceux qui n'avaient pas eu d'idées suicidaires sérieuses ou de tentatives de suicide à 13 ans (RC : 10.99; IC : 3.02 à 39.97). Le statut socioéconomique et la relation avec la mère (selon le jeune) ne sont pas significativement associés aux idées suicidaires (Tableau 3.5) ni aux tentatives de suicide (Tableau 3.6) dans nos modèles de régression.

Tableau 3.5 Régression logistique entre la dépression maternelle et les idées suicidaires (IS) dans les deux années subséquentes

Variance expliquée = 16,6%	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Odd ratio	IC Odd Ratio	
							Inf.	Sup.
Sexe de l'enfant	1.412	0.362	15.221	1	0.000	4.103	2.019	8.339
Statut socioéconomique révisé	-0.261	0.142	3.385	1	0.066	0.770	0.584	1.017
Relation avec ta mère	-0.184	0.204	0.816	1	0.366	0.832	0.558	1.240
IS (12 derniers mois)	2.672	0.419	40.660	1	0.000	14.463	6.362	32.876
Dépression maternelle	0.804	0.378	4.533	1	0.033	2.235	1.066	4.685

Note : Le modèle 1 n'a pas de variable contrôle. Le modèle 2 est ajusté pour le sexe. Le modèle 3 est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune). Le modèle 3 est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune) et les idées suicidaires ou les tentatives de suicide à 13 ans.

<sup>a</sup> Basé sur l'échantillon maximum disponible (n=1234 à 13 ans, n=1446 à 15 ans)

Tableau 3.6 Régression logistique entre la dépression maternelle et les tentatives de suicide (TS) dans les deux années subséquentes

Variance expliquée = 13,2%	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Odd ratio	IC Odd Ratio	
							Inf.	Sup.
Sexe de l'enfant	1.653	0.515	10.322	1	0,001	5.224	1.905	14.321
Statut socioéconomique révisé	-0.330	0.185	3.199	1	0,074	0.719	0.501	1.032
Relation avec ta mère	-0.318	0.270	1.392	1	0,238	0.727	0.429	1.234
TS (12 derniers mois)	2.397	0.659	13.248	1	0,000	10.993	3.023	39.971
Dépression maternelle	1.024	0.442	5.372	1	0,020	2.785	1.171	6.623

Note : Le modèle 1 n'a pas de variable contrôle. Le modèle 2 est ajusté pour le sexe. Le modèle 3 est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune). Le modèle 3 est ajusté pour le sexe, le statut socioéconomique révisé, la relation avec la mère (selon le jeune) et les idées suicidaires ou les tentatives de suicide à 13 ans.

<sup>a</sup> Basé sur l'échantillon maximum disponible (n=1234 à 13 ans, n=1446 à 15 ans)

#### 3.9.4 Modérations

Des tests de modération ont été effectués à l'aide d'analyses de régressions logistiques pour tester la présence de relations de modérations entre la dépression maternelle et les variables associées au contexte familial mesurées lorsque le jeune était âgé de 13 ans ainsi que les variables dépendantes reliées aux comportements suicidaires (idées/tentatives). La variable dépression maternelle devenait non-significative dans les tests de modération. Une hypothèse est qu'en incluant d'autres variables reliées au contexte familiale celles-ci prennent plus d'importance dans la variance expliquée que la dépression maternelle. La relation positive mère-enfant, la relation conflictuelle mère-enfant, le fonctionnement familial et la relation avec la mère selon le jeune se sont révélés non significatifs pour modérer la relation entre la dépression maternelle et les idées suicidaires (Tableau 3.7) et les tentatives de suicide (Tableau 3.8).

Tableau 3.7 Modérations entre les variables familiales, la dépression maternelle et les idées suicidaires

n=994	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Odd Ratio	IC Odd Ratio	
							Inférieur	Supérieur
Sexe de l'enfant (0=G; 1=F)	1.376	0.345	15.901	1	0,000	3,960	2,013	7,790
Dépression mère (jeune 13 ans)	1.151	1.792	0.413	1	0.521	3.161	0.094	105.958
Relation positive mère enfant (jeune 13 ans)	-0.135	0.097	1.935	1	0.164	0.874	0.722	1.057
Fonctionnement familial (jeune 13 ans)	0.010	0.107	0.009	1	0.923	1.010	0.819	1.247
Relation conflictuelle mère enfant (jeune 13 ans)	0.154	0.099	2.415	1	0.120	1.167	0.960	1.418
Relation avec ta mère (selon le jeune 13 ans)	0.009	0.223	0.002	1	0.968	1.009	0.652	1.561
Dépression maternelle x Relation positive mère-enfant	-0.059	0.253	0.055	1	0.815	0.942	0.573	1.549
Dépression maternelle x Relation conflictuelle mère-enfant	-0.217	0.236	0.843	1	0.359	0.805	0.507	1.279
Dépression maternelle x Fonctionnement familial	0.248	0.232	1.137	1	0.286	1.281	0.813	2.020
Dépression maternelle x Relation avec ta mère	0.126	0.491	0.066	1	0.797	1.135	0.434	2.968

Tableau 3.8 Modérations entre les variables familiales, la dépression maternelle et les tentatives de suicide

n=994	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Odd Ratio	IC Odd Ratio	
							Inférieur	Supérieur
Sexe de l'enfant (0=G; 1=F)	1.580	0.497	10.126	1	0.001	4.855	1.835	12.849
Dépression mère (jeune 13 ans)	-0.268	2.166	0.015	1	0.901	0.765	0.011	53.368
Relation positive mère enfant (jeune 13 ans)	-0.246	0.132	3.458	1	0.063	0.782	0.604	1.013
Relation conflictuelle mère enfant (jeune 13 ans)	0.184	0.136	1.825	1	0.177	1.202	0.920	1.570
Fonctionnement familial (jeune 13 ans)	-0.012	0.153	0.006	1	0.936	0.988	0.732	1.333
Relation avec ta mère (selon le jeune 13 ans)	-0.259	0.328	0.625	1	0.429	0.772	0.406	1.468
Dépression maternelle x Relation positive mère-enfant	0.194	0.301	0.415	1	0.520	1.214	0.673	2.187
Dépression maternelle x Relation conflictuelle mère-enfant	-0.406	0.298	1.850	1	0.174	0.667	0.372	1.196
Dépression maternelle x Fonctionnement familial	0.368	0.285	1.673	1	0.196	1.445	0.827	2.525
Dépression maternelle x Relation avec ta mère	0.358	0.607	0.348	1	0.555	1.431	0.435	4.704

### 3.9.5 Modèle acheminatoire

Un modèle d'analyse acheminatoire a été fait dans le but de vérifier quels facteurs de risque étaient significatifs en testant simultanément pour nos deux variables dépendantes c'est-à-dire les idées suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide (Figure 1).



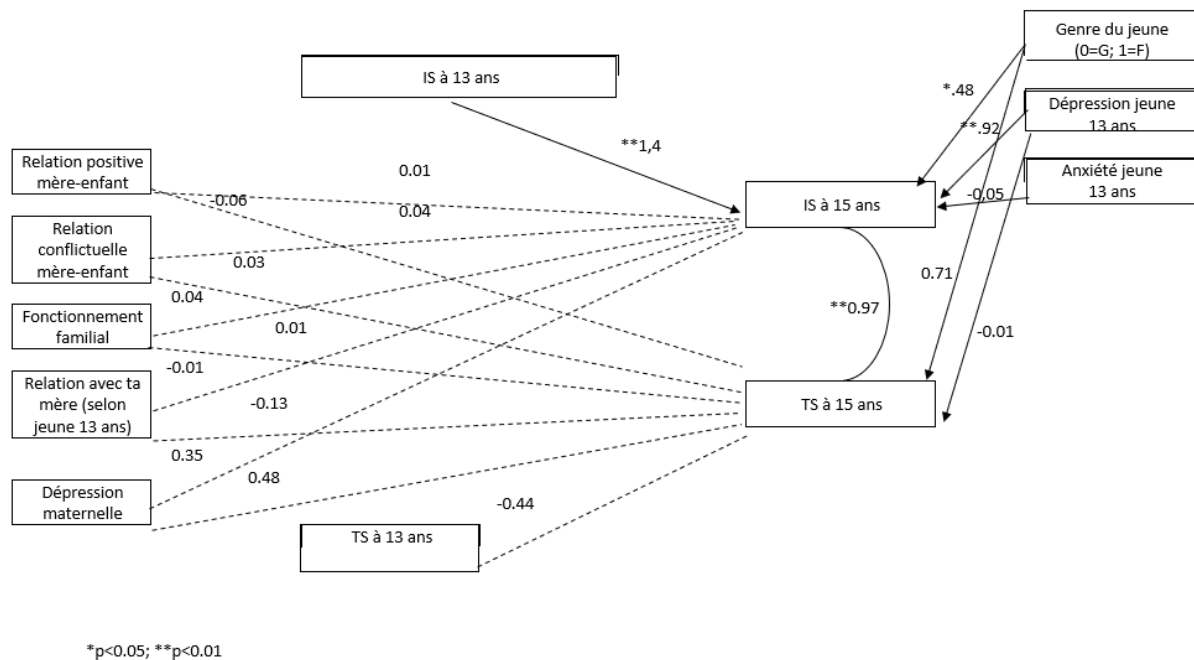


Figure 3.1 Modèle acheminatoire de la symptomatologie du jeune et des comportements suicidaires en lien avec les variables maternelles

Les indices d'ajustement du modèle respectent les critères sévères pour le *Comparative Fit Index* ( $CFI = 0,99 > 0,90$ ), le *Tucker-Lewis Index* ( $TLI > 0,90$ ), le *Root Mean Square Error of Approximation* ( $RMSEA = 0,071 < 0,08$ ) proposées par Hu et Bentler (1999). Le chi-carré est de  $11,98$  ( $\chi^2 > 0,05$  avec 2 degrés de liberté). Les résultats soulignent que le sexe féminin et la présence de symptômes dépressifs modérés ou élevés chez le jeune sont associées à la fois au risque de présenter des idées suicidaires sérieuses et de faire une tentative de suicide à 15 ans. Par ailleurs, une relation positive est également significative entre la présence d'idées suicidaires sérieuses à 13 ans et la présence d'idées suicidaires sérieuses à 15 ans. Le modèle acheminatoire explique 21,5% de la variance des idées suicidaires à 15 ans et 14,3% des tentatives de suicide à 15 ans.

### 3.10 Discussion

Notre étude avait pour objectif principal de vérifier si la dépression maternelle était un facteur prédicteur des comportements suicidaires à l'adolescence ainsi qu'à vérifier si les variables associées au contexte familial étaient des modérateurs de cette relation. Nos résultats confirment notre hypothèse que la présence de symptômes dépressifs modérés ou élevés chez la mère lorsque l'adolescent est âgé de 13 ans est un prédicteur des symptômes chez les adolescents de 15 ans. Par ailleurs, il a été relevé dans notre étude que le sexe féminin et les antécédents de comportements suicidaires étaient des facteurs prédicteurs significatifs pour le développement de comportements suicidaires à 15 ans, qui soulignait la pertinence de considérer ces éléments dans nos modèles de régression logistiques. En outre, le sexe féminin, les antécédents de comportements suicidaires à 13 ans, de même que la dépression du jeune sont demeurés significatifs dans le modèle d'analyse acheminatoire alors que les idées suicidaires ainsi que les tentatives de suicide du jeune de 15 ans étaient testées simultanément. L'hypothèse que la relation mère-enfant et le fonctionnement familial jouaient un rôle modérateur dans la relation entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires de l'adolescent n'a pas pu être confirmée. Néanmoins, l'ajout des variables associées au contexte familial dans nos modèles a permis d'augmenter la variance expliquée des idées suicidaires sérieuses ainsi que des tentatives de suicide à l'âge de 15 ans. Toutefois, aucun des liens avec ces variables ne s'est révélé significatif statistiquement.

Comme mentionné précédemment, le sexe féminin était associé à des probabilités plus importantes de 3.7 à 4.1 fois de présenter des idées suicidaires sérieuses à 15 ans ainsi que de 4.5 à 5.22 fois plus de présenter des tentatives de suicide que le sexe masculin. Lorsque nous

considérations de façon combinée les idéations suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide dans un modèle acheminatoire, le sexe féminin demeurait un prédicteur significatif pour les deux problématiques. Ces éléments sont congruents avec le fait que les jeunes filles sont généralement plus à risque de présenter des comportements suicidaires que les hommes (Steele & Doey, 2007; Commission sur la santé mentale du Canada, 2018; Goodday et al., 2018; Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012), alors que les jeunes garçons davantage à risque de compléter un suicide (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018; Goodday et al., 2018; Lévesque et al., 2020). Il est donc possible que si nous avons considéré les décès pas suicide dans notre étude cette différence entre les sexes aurait été amoindrie. Il est également possible que les jeunes hommes québécois étaient plus réticents avec l'âge à rapporter des comportements de ce type. Il a également été soulevé dans la littérature que les filles pourraient être plus vulnérables aux stressseurs liés à la dépression maternelle que les garçons (Goodday et al., 2019).

Dans un autre ordre d'idées, les études citées précédemment sur l'étiologie du suicide à l'adolescence postulaient que les antécédents des idées suicidaires et des tentatives de suicide étaient un fort prédicteur de présenter des comportements suicidaires au cours de la vie, de même que des suicides complétés (Bilsen, 2018; Bridge et al., 2006; Cash & Bridge, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Séguin et al., 2011; Steele & Doey, 2007), ce qui converge avec nos résultats. Effectivement, la présence d'idéations suicidaires sérieuses à 13 ans était associée à une augmentation d'environ 14.5 fois du risque de souffrir d'idées suicidaires sérieuses à 15 ans en comparaison aux jeunes qui n'avait pas d'idées suicidaires à 13 ans. Ces probabilités étaient également élevées lorsque l'on mesurait les tentatives de suicide à 13 ans, les résultats soulignant un risque 11 fois plus grand que les adolescents aient fait une tentative de

suicide à l'âge de 15 ans parmi ceux qui avaient précédemment fait une tentative de suicide à 13 ans en comparaison à ceux qui n'avaient pas fait de tentative à cet âge.

De plus, bien que la relation mère-enfant et le fonctionnement familial mesurés lorsque le jeune était âgé de 13 ans ne permettaient pas significativement de prédire les comportements suicidaires du jeune de 15 ans et qu'ils ne modéraient pas significativement l'association entre des symptômes dépressifs maternels (modérés ou élevés) et les idéations suicidaires sérieuses ou les tentatives de suicide, ces variables permettaient d'augmenter de façon non-négligeable la variance expliquée de nos modèles de régression logistiques. Il est donc possible que celles-ci jouent un rôle, bien que nos analyses n'ont pas permis de l'identifier. Toutefois, ces résultats nous laissent croire que ce facteur pourrait avoir moins de portée sur les comportements suicidaires du jeune que d'autres facteurs prédicteurs dans cette étude tels que la dépression maternelle (OR : 2 à 3.3).

En somme, les résultats présentés dans cet article sont intéressants cliniquement, car ils appuient entre autres le fait de considérer le sexe de l'adolescent, les antécédents de dépression chez la mère, les antécédents de dépression chez le jeune ainsi que les antécédents de comportements suicidaires dans l'évaluation et dans l'intervention auprès de cette clientèle. Cela permet également de cibler des groupes à risque basés sur les facteurs de risque ci-haut.

Ce projet présente néanmoins quelques limites, inhérentes aux choix méthodologiques retenus dans l'étude initiale. À ce sujet, nous n'avons pas pu vérifier pour la présence d'un lien entre les comportements suicidaires du parent et ceux de l'adolescent, ni le lien entre la dépression paternelle et les comportements suicidaires du jeune, puisque ces variables n'étaient pas disponibles aux temps de mesure qui nous intéressaient. Deuxièmement, une limite

psychométrie notable de notre projet est l'utilisation de deux outils psychométriques différents aux deux temps de mesure pour mesurer les symptômes dépressifs et anxieux des adolescents (Institut de la statistique du Québec, 2014). Cependant, l'étude de Côté et ses collaborateurs (2017) a souligné une très bonne cohérence interne pour la majorité des outils ( $\alpha = .70$  à  $.97$ ), une bonne validité convergente et discriminante ainsi qu'une fiabilité adéquate du MIA.

Troisièmement, les questions concernant les comportements suicidaires des jeunes âgés de 13 et 15 ans portaient sur les 12 mois précédents la passation des questionnaires donc, nous n'avons pas d'information sur les comportements suicidaires des jeunes dans leur 14<sup>e</sup> année de vie. Par conséquent, il est donc possible que les liens que nous avons mesurés aient été sous-estimés au regard de ce manque d'information. Finalement, malgré que l'utilisation d'un seuil limite soit régulièrement employée dans les enquêtes populationnelles pour identifier les individus ayant un problème de santé mentale (Elgar, Curtis, McGrath, Waschbusch et Stewart, 2003; Geoffroy et al., 2016; Geoffroy et al., 2018), nous ne pouvons généraliser les résultats obtenus auprès d'une population clinique et conclure sur la présence ou non d'un trouble mental.

Ce projet comporte également plusieurs forces méthodologiques. En premier lieu, elle s'appuie sur les données d'une enquête longitudinale d'une amplitude n'ayant jamais été réalisée auparavant auprès de la population québécoise. En second lieu, notre étude a été réalisée à partir de 60% de l'échantillon initial de l'ELDEQ qui a été stratifié pour une plus grande représentativité de la population québécoise. En troisième lieu, une force de notre recherche est qu'elle se base sur une enquête permettant des mesures répétées des symptômes de santé mentale chez la mère et le jeune à partir d'une majorité de questionnaires autorapportés validés et basés sur les critères du DSM-5 (Institut de la statistique du Québec, 2017). En quatrième lieu, notre

étude utilise des données provenant de plusieurs informateurs, parents et jeunes, ce qui renforce la véracité des informations obtenues. Les forces de notre projet permettent ainsi à nos résultats de contribuer à la littérature scientifique en psychologie.

Dans des projets de recherche futurs, il serait intéressant d'inclure la dépression maternelle, le sexe et les antécédents de comportements suicidaires dans un modèle explicatif de la suicidalité des jeunes québécois afin de permettre de prédire l'occurrence de ces difficultés à l'adolescence et, éventuellement, de diminuer le taux de suicide complété chez cette population.

## CHAPITRE IV

### DISCUSSION

#### 4.1 Dépression maternelle et prédiction des comportements suicidaires

Notre étude visait principalement à investiguer si la dépression maternelle constituait un facteur prédicteur des comportements suicidaires à l'adolescence ainsi qu'à valider si les facteurs associés au contexte familial étaient des modérateurs de cette relation. Il était visé de vérifier les interrelations entre les comportements suicidaires des jeunes et nos variables indépendantes (relation mère-enfant positive, relation mère-enfant conflictuelle, le fonctionnement familial, la dépression maternelle, les symptômes anxieux du jeune et les symptômes dépressifs du jeune à 13 ans) lorsque nous modélisions simultanément les idées suicidaires et les comportements suicidaires.

D'abord, nous avons postulé que la présence de symptômes dépressifs chez la mère serait associée significativement et positivement à la présence de comportements suicidaires à l'adolescence. Les résultats obtenus confirment que la présence de symptômes dépressifs modérés ou élevés chez la mère lorsque l'adolescent est âgé de 13 ans est un prédicteur significatif pour la présence d'idées suicidaires sérieuses et de tentatives de suicide dans les deux années subséquentes. Nos résultats montrent également que les adolescents de 13 ans dont les mères étaient déprimées étaient deux fois plus susceptibles de présenter des idéations suicidaires que les adolescents dont les mères n'étaient pas déprimées quand ils étaient âgés de 13 ans. Des associations encore plus importantes ont été retrouvées au niveau des tentatives de suicide. En effet, les jeunes dont la mère présentait des symptômes de dépression modérés ou élevés alors

qu'ils étaient âgés de 13 ans étaient environ trois fois plus à risque d'avoir fait une tentative de suicide à 15 ans que les adolescents qui n'avaient pas été exposés à la dépression maternelle à cet âge. Ces données sont similaires aux informations trouvées dans la littérature scientifique qui rapportent que la progéniture de parents atteints de troubles dépressifs est plus à risque de présenter des comportements suicidaires que les adolescents dont les parents n'ont pas ce trouble (Brent et al., 2002; Melhem et al., 2007).

Notre modèle d'analyse acheminatoire ayant pour but d'identifier les variables permettant de statistiquement prédire les idées suicidaires ainsi que les tentatives de suicide des jeunes participants âgés de 15 ans, à partir de plusieurs caractéristiques familiales (dépression maternelle, relation mère-enfant positive, la relation mère-enfant conflictuelle, la relation avec la mère selon le jeune, le fonctionnement familial), du sexe, des symptômes dépressifs et anxieux antérieurs ainsi que des antécédents suicidaires des jeunes, a permis d'expliquer 21.5% de la variance des idées suicidaires à 15 ans et 14.3% des tentatives de suicide à 15 ans. De plus, les symptômes dépressifs chez les jeunes étaient des prédicteurs significatifs pour les comportements suicidaires deux ans plus tard.

Il est à noter que la dépression maternelle à 15 ans n'a pas été incluse dans nos modèles de régression et dans l'analyse acheminatoire en tant que variable dépendante ou de variable contrôle, car cette variable n'était pas disponible dans l'étude initiale au temps de mesure E16. Il est possible que l'inclusion de cette variable aurait pu modifier les résultats obtenus.

Néanmoins, contrairement à ce que nous avons anticipé, les liens entre les symptômes anxieux et les comportements suicidaires étaient non-significatifs. Ces résultats divergeaient des études qui ont trouvé des associations entre les symptômes anxieux et les comportements



suicidaires, qu'ils soient ou non comorbides avec les symptômes dépressifs (Balázs et al., 2013; Machell et al., 2016; Verona & Javdani, 2011). Il est possible que la mesure des symptômes internalisés aurait modifié les résultats que nous avons obtenus. De plus, il est également probable que des mesures plus complètes auraient permis d'atteindre le seuil de signification pour les liens entre les symptômes anxieux et les comportements suicidaires, comme le souligne les autres études.

Une seconde hypothèse de notre projet était que les variables associées au contexte familial auraient un effet modérateur sur l'association entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires. Toutefois, cette hypothèse n'a pas pu être confirmée par nos résultats. En effet, d'emblée, dans nos modèles de régression logistiques, les variables associées au contexte familial c'est-à-dire, le fonctionnement familial, la relation positive mère-enfant, la relation conflictuelle mère-enfant et la relation avec la mère selon le jeune étaient non-significativement liées aux comportements suicidaires chez les adolescents (idées suicidaires et tentatives de suicide). Des corrections modestes ont été obtenues entre la relation mère-jeune et les idées suicidaires ainsi qu'entre la relation mère-jeune et les tentatives de suicide, néanmoins ces corrélations ne se sont pas révélées significatives. Le lien entre la relation positive mère-jeune et les tentatives de suicide étaient également près du seuil de signification dans les tests de modération. Nos résultats ne vont donc pas dans le même sens que certaines études que nous avons consultées, qui soulignaient des associations directes entre plusieurs caractéristiques du contexte familial telles que la relation mère-enfant et le fonctionnement familial et les comportements suicidaires chez les jeunes (Ahmadi, 2009; Bridge et al., 2006; Cerel & Roberts, 2005; Connor & Rueter, 2006; Goschin et al 2013; Baetens et al., 2013; Hammerton et al., 2016; Johnson et al., 2003; Logan et al., 2011;

Machell et al., 2016; Wagner et al., 2003). De plus, nous n'avons obtenu aucune interaction significative entre les symptômes dépressifs de la mère et les variables du contexte familial, dans les modèles de régression logistique de prédiction des idées suicidaires et des tentatives de suicide des jeunes participants. Nos données ne nous permettent donc pas actuellement de confirmer l'hypothèse que les variables du contexte familial modèrent le lien entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires des jeunes. Nos résultats sont donc différents de ceux présentés dans l'article de Johnson et ses collaborateurs (2003), une recherche longitudinale auprès d'un échantillon représentatif de la population, qui soulignaient la présence d'un lien significatif entre les difficultés psychologiques du parent, les pratiques parentales inadaptées et les tentatives de suicide à l'adolescence et qui suggéraient que les pratiques parentales inadaptées venaient modérer le lien entre les psychopathologies parentales et les comportements suicidaires de leurs adolescents. Toutefois, les données de l'étude de Johnson et ses collaborateurs (2003) ont été recueillies au début des années 90 aux États-Unis, il est donc envisageable que leurs résultats ne représenteraient pas les familles québécoises contemporaines. Il est également possible que des résultats significatifs auraient été obtenus si nous avions utilisées des mesures qui comportaient davantage d'items pour évaluer les caractéristiques associées au contexte familial.

En utilisant les données où le jeune est l'informateur, soit la variable relation avec le jeune, plutôt que seulement les variables dont la mère était l'informateur (relation mère-enfant positive, relation mère-enfant conflictuelle et fonctionnement familial), nous avons obtenu des ratios de cote plus élevés. Ces résultats sont congruents avec ceux de la littérature qui soulignent les

disparités qui peuvent exister entre les réponses rapportées par le jeune et celles rapportées par les parents (Violato & Arato, 2004).

Néanmoins, contrairement à ce que nous avons anticipé, les liens entre les symptômes anxieux et les comportements suicidaires sont non-significatifs. Ces résultats divergent des études qui ont trouvé des associations les symptômes anxieux et les comportements suicidaires, qu'ils soient ou non comorbides avec les symptômes dépressifs (Balázs et al., 2013; Machell et al., 2016; Verona & Javdani, 2011). Il est possible que l'utilisation d'une mesure plus complète sur les symptômes anxieux auraient permis d'obtenir des résultats significatifs dans notre étude, tels que rapportés par les auteurs cités précédemment.

#### 4.2 Facteurs de risque des comportements suicidaires à l'adolescence

Un autre but de notre recherche visait à valider si la dépression maternelle était l'un des meilleurs prédicteurs des comportements suicidaires chez les jeunes, parmi un ensemble de variables familiales. Bien que la dépression maternelle à 13 ans prédise de façon significative et non-négligeable les comportements suicidaires à 15 ans, notre étude a permis de faire ressortir la contribution d'autres facteurs de risque qui prédisaient plus fortement les comportements suicidaires que ce que nous avons anticipé. En effet, les rapports sur l'étiologie du suicide chez les jeunes présentés dans la recension des écrits, ne hiérarchisaient pas les facteurs de risque en ordre d'importance (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018; Organisation mondiale de la santé, 2014). L'ordre d'importance des facteurs de risque variait dans la littérature selon les résultats des diverses études sur le sujet. Il a été relevé dans notre étude que le sexe de l'adolescent ainsi que les antécédents d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide étaient des prédicteurs plus importants que la dépression maternelle. À ce sujet, l'inclusion des antécédents

de comportements suicidaires dans nos modèles, a permis d'augmenter la variance expliquée entre de 7,5% à 16,6% pour les idées suicidaires et de 9,3% à 13,2% pour les tentatives de suicide chez le jeune de 15 ans.

Au niveau des ratios de cote, le sexe féminin était associé à des probabilités de 3,7 à 4,1 fois plus importantes de présenter des idées suicidaires sérieuses à 15 ans que le sexe masculin. Les ratios de cote augmentaient légèrement lorsque l'on considérait les tentatives de suicide, car les adolescentes étaient de 4,5 à 5,22 fois plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois précédant la collecte de données, que les adolescents. Lorsque nous considérons de façon combinée les idéations suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide dans un modèle acheminatoire, le sexe féminin demeure un prédicteur significatif pour les deux problématiques. Ces éléments sont congruents avec le fait que les jeunes filles sont généralement plus à risque de présenter des comportements suicidaires que les hommes (Lévesque et al., 2020; Statistique Canada, 2019; Commission sur la santé mentale du Canada, 2018) et appuient la pertinence d'avoir considéré ces variables dans nos modèles et régressions. Plusieurs hypothèses peuvent enrichir ce résultat.

D'abord, nous mesurons seulement les idéations suicidaires et les tentatives de suicide et non les suicides complétés. Puisque les suicides complétés sont plus fréquents chez les hommes (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012; Commission sur la santé mentale du Canada, 2018; Goodday et al., 2019; Lévesque et al., 2020; Statistique Canada, 2019), il est possible de croire que les différences entre les sexes auraient pu être amoindries si nous avions considéré les décès par suicide dans notre étude.

D'autre part, dans la présente étude, la prévalence des comportements suicidaires chez les filles augmentait avec l'âge alors que celle chez les garçons décroissait en vieillissant. Ces informations viennent contredire les données des revues de littérature qui indiquent que le risque de présenter des comportements suicidaires augmente globalement avec l'âge (Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Ministère de la santé et des services sociaux, 2012; Statistique Canada, 2019). Par contre, il est reconnu dans la littérature que les femmes ont tendance à rapporter davantage de comportements suicidaires que les hommes (Légaré, Gagné, Alix et Perron, 2016; Goodday et al., 2018), il est donc possible que les jeunes hommes québécois étaient plus réticents avec l'âge à rapporter des comportements de ce type. Ces résultats pourraient également témoigner de la hausse importante des hospitalisations pour les tentatives de suicide chez les jeunes québécois depuis les années 2010, spécialement chez les adolescentes, selon les plus récentes statistiques (Lévesque et al., 2020).

Dans un autre ordre d'idées, les études citées précédemment sur l'étiologie du suicide à l'adolescence postulent que les antécédents d'idées suicidaires et des tentatives de suicide étaient un fort prédicteur de présenter des comportements suicidaires au cours de la vie, de même que des suicides complétés (Bilsen, 2018; Bridge, Goldstein et Brent, 2006; Cash & Bridge, 2019; Commission de la santé mentale du Canada, 2018; Séguin et al., 2011; Steele & Doey, 2007), ce qui converge avec nos résultats. Effectivement, dans notre étude, la présence d'idéations suicidaires sérieuses à 13 ans était associée à une augmentation d'environ 14,5 fois du risque de souffrir d'idées suicidaires sérieuses à 15 ans en comparaison aux jeunes qui n'avait pas d'idées suicidaires à 13 ans. De plus, les résultats soulignent un risque d'environ 11 fois plus grand que les adolescents aient fait une tentative de suicide à l'âge de 15 ans parmi ceux qui avaient

précédemment fait une tentative de suicide à 13 ans en comparaison à ceux qui n'avaient pas fait de tentative à cet âge.

#### 4.3 Forces et limites de l'étude

Ce projet présente néanmoins quelques limites, inhérentes aux choix méthodologiques retenus dans l'étude initiale. Premièrement, une limite psychométrique notable de notre projet est l'utilisation de deux outils psychométriques différents aux deux temps de mesure pour mesurer les symptômes dépressifs et anxieux des adolescents (Institut de la statistique du Québec, 2014). Au deuxième temps de mesure, un outil différent a été choisi afin de mesurer plus efficacement les particularités de la dépression à l'adolescence en tenant compte des données probantes (Côté et al., 2017). Il est donc possible que les différences entre les construits de ces mesures aux deux temps de mesure aillent susciter des divergences dans les réponses des participants. Néanmoins, dû au large échantillon dont nous disposons, il a été possible de valider ce questionnaire (Côté et al., 2017). En effet, l'étude de Côté et ses collaborateurs (2017) a souligné une très bonne cohérence interne pour la majorité des outils ( $\alpha = .70$  à  $.97$ ), une bonne validité convergente et discriminante ainsi qu'une fiabilité adéquate du MIA.

Deuxièmement, bien que l'utilisation de vastes études épidémiologiques permet un échantillon de large amplitude, l'un des désavantages de ces études sont l'utilisation de mesures écourtées. Dû au grand éventail de questions posées dans l'ELDEQ, il est possible que les mesures portant sur nos variables d'intérêt comprenaient moins d'items et étaient parfois bien ciblées que dans des études cliniques portant sur la dépression et les pratiques parentales (SOURCE).

Troisièmement, une des limites de notre étude est que nous n'avons pas pu vérifier pour la présence d'un lien entre les comportements suicidaires du parent et ceux de l'adolescent. La question sur les idées suicidaires de la mère n'a été posée qu'une seule fois dans l'ELDEQ lorsque l'enfant était âgé d'environ trois ans. Puisque le lien longitudinal était temporellement distant vis-à-vis notre population d'intérêt et que cette information n'était pas disponible aux temps de mesure subséquents, nous n'avons pas considéré cette variable dans notre étude.

Quatrièmement, nous n'avons pas pu examiner le lien entre la dépression paternelle et les comportements suicidaires du jeune puisque les symptômes dépressifs chez le père n'étaient pas disponibles dans l'ELDEQ aux temps de mesure qui nous intéressaient. Effectivement, les enfants de pères dépressifs présenteraient davantage de troubles dépressifs et anxieux comparativement aux enfants de pères non-déprimés (Jacobs et al., 2015). En outre, dans la littérature, la santé mentale du père ainsi que la qualité de sa présence auprès de l'enfant sont considérées davantage comme des facteurs modérateurs de la probabilité d'occurrence de la psychopathologie chez les enfants du ménage lorsque la mère souffre de dépression (Piché et al., 2008). Le père pourrait alors endosser un rôle positif venant tempérer les facteurs associés à la dépression maternelle (Gaber et Cole, 2010; Piché et al., 2008). Cette variable aurait donc été pertinente dans notre étude afin de vérifier si la dépression paternelle avait un impact sur la relation entre la dépression maternelle et les comportements suicidaires. N'étant pas en mesure de contrôler la dépression paternelle, nous avons choisi de ne pas inclure les variables de l'ELDEQ portant sur la relation du père avec l'adolescent dans notre recherche.

Cinquièmement, les questions concernant les comportements suicidaires des jeunes âgés de 13 et 15 ans portaient sur les 12 mois précédents la passation des questionnaires. Ainsi, nous n'avons pas d'information sur les comportements suicidaires des jeunes dans leur 14<sup>e</sup> année de vie. Par conséquent, il est donc possible que les liens que nous avons mesurés aient été sous-estimés au regard de ce manque d'information. Il aurait été pertinent d'avoir accès aux données concernant les comportements suicidaires des jeunes de 14 ans.

Sixièmement, d'un point de vue clinique, nous avons utiliser un seuil limite correspondant au 10% des scores les plus élevés de symptômes à la fois chez la mère et chez le jeune dans notre étude. Malgré que l'utilisation d'un seuil limite soit régulièrement employée dans les enquêtes populationnelles pour identifier les individus ayant un problème de santé mental (Elgar, Curtis, McGrath, Waschbusch et Stewart, 2003; Geoffroy et al., 2016; let al., 2018), nous ne pouvons généraliser les résultats obtenus auprès d'une population clinique et conclure sur la présence ou non d'un trouble mental.

Septièmement, dans des études longitudinales de grande amplitude comme l'ELDEQ, l'attrition est importante. Nos analyses se sont tenues sur moins de 60% de l'échantillon initial. Il faut donc faire preuve de prudence pour généraliser ses résultats à l'ensemble de la population québécoise, car il est donc possible que l'échantillon sur lequel nous avons effectué nos analyses dispose de caractéristiques différentes que l'échantillon initial et soit ainsi moins représentatif que l'échantillon de 1998. Il faut également considérer la probabilité que les participants qui ont abandonnés l'étude ne possédaient pas des caractéristiques qui auraient eu une influence sur les résultats présentés dans cet essai. Une étude précédente soulève d'ailleurs que l'attrition de



l'ELDEQ est plus importante chez les enfants de mères ayant un haut score de symptômes dépressifs au cours des différentes années de mesure que chez les enfants dont les mères n'étaient pas dépressives (Côté et al., 2018).

Notre étude comporte également plusieurs forces. D'abord, elle s'appuie sur les données d'une enquête longitudinale d'une amplitude n'ayant jamais été réalisée auparavant auprès de la population québécoise. En second lieu, notre étude a été réalisée à partir de 60% de l'échantillon initial de l'ELDEQ qui a été stratifié pour une plus grande représentativité de la population québécoise. De plus, notre étude permet des mesures répétées des symptômes de santé mentale chez la mère et le jeune à partir de questionnaires autorapportés validés (Institut de la statistique du Québec, 2017). D'autre part, notre recherche utilise des données provenant de plusieurs informateurs, parents et jeunes, ce qui renforce la véracité des informations obtenues. Les forces de notre projet ainsi permettent à nos résultats de contribuer à la littérature scientifique en psychologie.

#### 4.4 Retombées fondamentales

Au premier abord, ce projet représente des retombées significatives pour l'avancement des connaissances de la recherche clinique en psychologie. La recension des écrits de Piché, Bergeron et Cyr (2008) stipule d'ailleurs que les chercheurs dans le domaine auraient avantage à privilégier l'utilisation d'échantillons représentatifs de la population, d'évaluer les psychopathologies autant chez l'enfant que le parent à partir d'instruments standardisés ainsi qu'à considérer plusieurs variables psychosociales. Or, notre projet respecte toutes ces recommandations méthodologiques.

De plus, notre étude est basée sur les données d'une enquête d'une grande portée. Effectivement, avant la tenue de l'Étude Longitudinale sur le Développement des Enfants du Québec (ELDEQ) en 1997, une étude de cette amplitude, assurant un suivi annuel à la fois de la santé mentale des parents que de celles leurs enfants, n'avait encore jamais été réalisée au Québec. En plus de la taille importante de cet échantillon, celui-ci a été stratifié aléatoirement ce qui assure la représentativité de la population. Dans le même ordre d'idée, une seule étude au Québec, effectuée par Ahmadi et ses collaborateurs (2009), s'était penchée sur les comportements suicidaires des jeunes en lien avec les pratiques parentales. Cependant, cette étude n'incluait pas la dépression maternelle et les données de cette enquête ont été recueillies en 1992, ce qui ne représente possiblement plus la réalité des adolescents québécois contemporains étant donné que les prévalences des comportements suicidaires chez les jeunes a beaucoup fluctué au cours des deux dernières décennies (Légaré, Gagné, Alix et Perron, 2016).

À notre connaissance, aucun projet de recherche n'avait considéré l'ensemble de nos variables d'intérêt portant à la fois sur la santé mentale de la mère, la santé mentale du jeune ainsi que les caractéristiques du contexte familial. Malgré que la dépression maternelle ait été largement étudiée, peu recherches antérieures ont cherché à prédire les idéations et des conduites suicidaires chez les adolescents en association avec la dépression maternelle, ni dans une optique longitudinale. Cette étude a donc une contribution novatrice, car il s'agit d'une des premières recherches avec un devis longitudinal portant sur cette population, qui mesurent simultanément toutes ces variables.

En outre, bien que liens entre la relation mère-enfant, le fonctionnement familial et les comportements suicidaires étaient non-significatifs dans notre étude, nos résultats ont pu éclairer

davantage la communauté scientifique. En effet, plusieurs des projets de recherche mentionnés plus haut étaient partagés concernant l'apport des caractéristiques du contexte familial au développement de comportements suicidaires et étaient majoritairement mesurés de façon distincte de la dépression maternelle (Ahmadi, 2009). Il s'agit donc d'un questionnement qui demeurerait dans la littérature et qui a été partiellement répondu dans notre étude.

Nous considérons également que notre projet de recherche a répondu de façon adéquate aux questionnements que nous avions sur les facteurs de risque du développement des comportements suicidaires chez les jeunes québécois. Des associations fortes en tant que prédicteurs des comportements suicidaires ont été retrouvées significatives dans notre étude soit : la dépression maternelle, la dépression du jeune, le sexe féminin, les antécédents d'idées suicidaires ainsi que les antécédents de tentatives de suicide. Il est vrai que l'inclusion d'autres facteurs de risque potentiels auraient pu influencer les résultats obtenus dans notre étude. Nous estimons tout de même que ces résultats ont permis de soulever des facteurs de risque importants associés au suicide à l'adolescence ainsi que de dresser un portrait juste de la population québécoise actuelle, tant pour les adolescents que leurs parents. Il s'agit donc d'un apport significatif à l'avancement des connaissances dans ce domaine de la recherche en psychologie.

#### 4.5 Retombées cliniques

Dans un second ordre d'idées, les résultats présentés dans cet article sont intéressants à plusieurs niveaux cliniquement. Tout d'abord, notre étude souligne l'importance de considérer le sexe, les antécédents de dépression chez le jeune et la mère, ainsi que les antécédents de comportements suicidaires chez les adolescents dans l'évaluation et l'intervention auprès de cette clientèle. L'une des retombées cliniques importantes de notre étude est que ces résultats

permettent d'identifier des groupes cibles qui sont davantage à risque de développer des comportements suicidaires à l'adolescence. En reconnaissant ces groupes à risque, il pourrait donc être possible d'intervenir plus efficacement auprès d'eux. À travers notre recherche, plusieurs groupes à risque ont été identifiés : 1) les enfants exposés à la dépression maternelle 2) les jeunes présentant des symptômes dépressifs 3) les adolescentes 4) les jeunes présentant des antécédents précoces de comportements suicidaires.

De prime abord, nos résultats ont permis de reconnaître que les enfants exposés à la dépression maternelle sont un des groupes dont les probabilités sont plus élevées de développer des comportements suicidaires au cours de l'adolescence. Un second groupe identifié par notre étude était les jeunes présentant des symptômes dépressifs élevés, ce qui était significativement associé à la fois aux idées suicidaires sérieuses et aux tentatives de suicide chez le jeune. Dans notre étude, les filles ont également été repérées comme étant plus à risque de comportements suicidaires que les garçons. D'autre part, les adolescents qui présentaient des antécédents précoces (13 ans) de comportement suicidaires étaient également plus à risque de récidiver ces comportements que les jeunes qui n'avaient pas de comportements suicidaires à cet âge. Cette dernière variable a été celle qui a été reconnue comme meilleur prédicteur des comportements suicidaires à l'adolescence. Bien que ces facteurs ont été testés de façon distincte auprès de notre population, il est possible que la présence de plusieurs de ces facteurs de risque chez les mêmes individus pourraient augmenter leur vulnérabilité au suicide.

Au Québec, plusieurs interventions ont été réalisées pour sensibiliser et informer les adolescents sur la problématique du suicide dans une perspective de prévention (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018; Ministère de la santé et des services sociaux, 2012). Selon un

rapport récent sur la recherche et la prévention du suicide au Canada, la psychothérapie individuelle est l'une des seules interventions qui s'est révélée efficace auprès des adolescents suicidaires. Au niveau de l'intervention individuelle, notre recherche souligne la pertinence d'examiner davantage les facteurs de risque du suicide dans l'évaluation et l'intervention auprès des adolescents dépressifs et suicidaires. Pour les thérapeutes auprès de la clientèle jeunesse, cela pourrait permettre de diriger leurs interventions en tenant compte des difficultés parentales et de leurs conséquences sur l'enfant et l'adolescent, lors du traitement de leurs symptômes. De plus, certaines interventions telles que des applications sur le téléphone ou de l'intervention virtuelle et téléphonique sont en développement actuellement. Toutefois, ces interventions sont encore peu fondées sur des données probantes (Commission sur la santé mentale du Canada, 2018).

Plusieurs auteurs ayant examiné la dépression parentale dans une perspective longitudinale soutiennent que ces phénomènes devraient être considérés dans l'intervention auprès des familles dépressives et suicidaires (Brent et al., 2002; Brent et al., 2004; Mann et al., 2005; Melhem et al., 2013; Riley et al., 2008). Bien que la contribution de la présente étude appuie l'intérêt de considérer un plus large éventail d'interventions pour les adolescents telles que l'intervention systémique et familiale, il faut se questionner sur les modalités qui permettraient à un programme d'intervention familiale d'être plus efficace auprès des adolescents suicidaires.

Il existe déjà plusieurs programmes qui ont été développés dans l'objectif intervenir auprès des familles de parents dépressifs afin de prévenir l'occurrence de symptômes dépressifs et de comportements suicidaires chez leurs enfants ou encore d'agir sur les symptômes présents à travers le parent. Ces programmes sont axés principalement sur l'amélioration des pratiques parentales dans leurs interventions psychothérapeutiques, à travers notamment la communication

parent-adolescent et les pratiques parentales positives telles que la chaleur, la résolution de problèmes, une discipline cohérente et constante, ainsi qu'une supervision de l'adolescent (Beardslee, Glascone et O'Connors, 2011; Stemmler et al., 2013; Van Doesum et Hosman 2009). À notre connaissance, il n'existe qu'un programme d'intervention qui cible des caractéristiques du contexte familial, soit l'utilisation de pratiques parentales inadaptées du parent suicidaire dans le but de prévenir les troubles de l'humeur chez des jeunes de 8 à 17 ans (Nauta et al., 2012).

Cependant, compte tenu de nos résultats, il semble peu efficace de viser spécifiquement l'amélioration du fonctionnement familial ou de la relation mère-enfant des mères déprimées pour intervenir directement sur les comportements suicidaires des jeunes puisque ce facteur n'a pas été démontré comme prédisant significativement les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

À la lumière des résultats obtenus dans cette recherche, il serait logique de développer un programme d'intervention en transmission intergénérationnelle ciblant les familles à risque, particulièrement celles dont les enfants sont de sexe féminin et dont les enfants ont présenté des symptômes dépressifs en début d'adolescence. Les interventions de ce programme pourraient viser les enfants de jeune âge afin de les informer sur les symptômes de dépression chez leurs parents et les impacts sur la famille ou encore de dépister précocement les symptômes dépressifs des jeunes. Dans cette lignée, un programme multi-familial s'adressant à des familles dont l'un des parents est dépressif de ce type a été réalisé au Québec par l'équipe de Piché et ses collaborateurs. Les résultats préliminaires de cette étude indiquent que le programme permet une meilleure communication dans la famille et une amélioration de la santé mentale des enfants (Piché, Villatte, Habib, Vetri et Beardslee, 2020). En outre, la thérapie interpersonnelle est une

approche qui s'est révélée efficace pour diminuer significativement les symptômes dépressifs, selon une métaanalyse de Pu et ses collaborateurs (2017), ainsi que pour les idées suicidaires (Weitz, Hollon, Kerkhof et Cuijpers, 2014).

Au terme de cette discussion, nous escomptons que les interventions mentionnées plus haut permettraient de diminuer l'occurrence de symptômes dépressifs, anxieux et de comportements suicidaires et, par le fait même, viendraient réduire le taux de suicide chez cette population. Éventuellement, cet essai doctoral aurait donc des implications cliniques d'intervention et de prévention ce qui démontre la portée communautaire de cette recherche. Cette dernière retombée nous laisse espérer que cela permettrait de réduire le taux de suicide de la population québécoise de tout âge.

#### 4.6 Pistes de recherche futures

Pour les recherches à postériori, il serait intéressant de vérifier si des associations significatives seraient obtenues en mesurant différentes caractéristiques du contexte familial que celles mesurées dans le cadre du présent projet, par exemple la qualité de la relation entre le père et l'adolescent. Par ailleurs, il serait également intéressant de reproduire cette étude en contrôlant les antécédents suicidaires chez la mère ou encore en mesurant les antécédents de dépression et de comportements suicidaires chez les deux parents. Il serait également intéressant de valider si les facteurs de risques principaux soulignés par notre étude soit la dépression maternelle, le sexe et les antécédents suicidaires se maintiennent à plus long terme au niveau longitudinal, par exemple, jusqu'à ce que l'adolescent devienne un jeune adulte. De plus, il pourrait être intéressant d'inclure les facteurs de risque identifiés dans notre recherche dans un modèle explicatif de la suicidalité des jeunes québécois afin de permettre de prédire l'occurrence de ces

difficultés à l'adolescence et, éventuellement, de diminuer le taux de suicide complété chez cette population.

D'autre part, plusieurs études pourront être réalisées afin de vérifier si l'intégration de nos résultats dans des programmes d'intervention familiale au Québec tel qu'abordé dans les retombées du présent essai doctoral serait réaliste et se révélerait efficace pour réduire l'occurrence de comportements suicidaires chez les adolescents de parents dépressifs.

Finalement, dans quelques années, il y aurait des retombées cliniques importantes à étudier dans les recherches futures si ce programme a atteint sa visée de prévention chez les futurs adolescents ainsi que chez la population à l'étude tout au long de leur vie adulte.



## ANNEXE A



Care postale 1250, succursale HULL  
Gatineau (Québec) J8X 3K7  
www.uqo.ca

Gatineau le 12 septembre 2016

Madame Laurie Ouellet  
Étudiante  
Département de psychoéducation et de psychologie  
Université du Québec en Outaouais

cc: Geneviève Piché  
Professeure  
Département de psychoéducation et de psychologie  
  
Monique Séguin  
Professeure  
Département de psychoéducation et de psychologie

Projet #: 2533

C'est avec un très grand intérêt que j'ai pris connaissance de votre projet de recherche. Cette étude, portant sur les liens entre les pratiques parentales et les comportements suicidaires m'apparaît extrêmement intéressante. Il s'agit certainement d'un sujet qui nous touche tous, comme parents ou membre d'une famille. Les suicides sont des événements tragiques qui doivent être évités. Or, une meilleure connaissance des dynamiques qui sous-tendent ces actions ne pourra qu'être bénéfique, tant du point de vue de la théorie que de la pratique. Je suis donc heureux qu'une étudiante de notre Université se penche sur ce sujet.

Sur le plan éthique, votre projet a fait l'objet d'une évaluation déléguée. Comme il respecte les règles exigées par l'établissement, c'est avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique valide pour la durée du projet à compter de sa date d'émission. La durée prévue du projet est :

**Durée du projet: 1 an**

J'aimerais vous rappeler que pour assurer la conformité de votre certificat éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire un «Rapport de suivi continu» chaque année en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, ci-après «la Politique». Dans l'éventualité où ce rapport de suivi continu ne serait pas déposé 60 jours après la date où celui-ci aurait dû être déposé, le CER pourrait retirer son approbation éthique. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://uqo.ca/ethique>). Vous devez aussi soumettre au CER toute modification au protocole de recherche pour validation avant la mise en œuvre de ces modifications.

Afin de vous conformer à la Politique, votre "Rapport de suivi continu" doit être transmis au CER le ou avant le:

**12 septembre 2017**

*Un avis vous sera transmis par le secrétariat du CER 30 jours avant cette date.*

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage



Case postale 1250, succursale HULL  
Gatineau (Québec)  
www.uqo.ca

Notre référence: 2533

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

**Projet:** Les liens longitudinaux entre les pratiques parentales et les facteurs de risque associés aux comportements suicidaires à l'adolescence.

**Soumis par:** Laurie Ouellet  
Étudiante  
Département de psychoéducation et de psychologie  
Université du Québec en Outaouais

**Financement:** Non

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valable jusqu'au: 12 septembre 2017

Le président du Comité d'éthique de la recherche  
André Durivage

Date d'émission: 12 septembre 2016

## RÉFÉRENCES

- Ahmadi, S. (2009). The Relationship Between Parental Practices and Suicidal Behaviors in Québec Adolescents. *Université de Montréal. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie, Université de Montréal*, 126 pages.
- Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J., & Sund, A. M. (2015). Associations Between Parental Attachment and Course of Depression Between Adolescence and Young Adulthood. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(4), 632–642. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0506-y>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P., & Martin, G. (2015). The Relationship Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-injury: The Mediating Roles of Self-criticism and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 491–498. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9861-8>
- Balázs, J., Miklősi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess., Kahn J., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P. A., Sisask, M., Snir A., Tubiana, A., Varnik, A., Sarchiapone, M., & Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk.

*Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(6), 670–677.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>

Bassani, D. G., Padoin, C. V., Philipp, D., & Veldhuizen, S. (2009). Estimating the number of children exposed to parental psychiatric disorders through a national health survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, (3), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-6>

Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., & O'Connor, E. E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1098–1109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.07.020>

Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 30–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.008>

Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth : Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9(October), 1–5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>

Bouchard, L., Batista, R., & Colman, L. (2018). Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à Minorités linguistiques et société Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans : données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. Minorité linguistique et société (9) 227-242 <https://doi.org/10.7202/1043504ar>

Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Biernesser, L. W., Keilp, J., Kolko, D., Ellis, S., Porta, G., Zelazny, J., Iyengar, S., & Mann, J. J. (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt: A 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 160–168. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2141>

Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Melhem, N., Ellis, S. P. et Mann, J. J. (2004). Familial transmission of mood disorders: Convergence and divergence with transmission of suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1259–1266. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000135619.38392.78>

Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Melhem, N., Ellis, S. P. et Mann, J. J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt. *Arch Gen Psychiatry*, 59, 801–807. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.801>

Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. (4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>

Camirand, H., Traore, H. I. & Baulne, J. (2016) 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 Quebec, *Québec*, 238 p.

Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of Parental Rejection, Self-Criticism and Depression in Suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 58–74.  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748416>

Cerel, J., & Roberts, T. A. (2005). Suicidal behavior in the family and adolescent risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 36(4), 352.e8-352.e14.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.08.010>

Chérif, L., Ayedi, H., Sahnoun, F., Walha, A., Moalla, Y., Rekik, N., & Ghribi, F. (2012). Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(6), 454–460.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.03.002>

Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., Thapar, A. K., Harold, G. T., Rice, F., & Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: A prospective longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 49–57. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00358-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00358-2)

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* [En ligne] Ottawa (Ontario). 56 p. Disponible sur :  
<https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais>

- Connor, J. J., & Rueter, M. A. (2006). Parent-child relationships as systems of support or risk for adolescent suicidality. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 143–155.  
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.143>
- Côté, S. M., Orri, M., Brendgen, M., Vitaro, F., Boivin, M., Japel, C., Séguin, J., Geoffroy, M. C., Rouquette, A., Falissard, B & Tremblay, R. E. (2017). Psychometric properties of the Mental Health and Social Inadaptation Assessment for Adolescents (MIA) in a population-based sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(4), 1–10.  
<https://doi.org/10.1002/mpr.1566>
- Elgar, F. J., Curtis, L. J., Mcgrath, P. J., Waschbusch, D. A., Sherry, H., & Stewart, S. H. (2010). *Antecedent-Consequence Conditions in Maternal Mood and Child Adjustment : A Four-Year Cross-Lagged Study Antecedent-Consequence Conditions in Maternal Mood and Child Adjustment : A Four-Year Cross-Lagged Study*. 4416(November 2013), 37–41.  
<https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3203>
- Garber, J., & Cole, D. A. (2010). Intergenerational transmission of depression: A launch and grow model of change across adolescence. *Development and Psychopathology*, 22(4), 819–830. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000489>
- Geoffroy, M. C., Boivin, M., Arseneault, L., Renaud, J., Perret, L. C., Turecki, G., Michel, G., Salla, J., Vitaro, F., Brendgen, M., Tremblay, R. E. & Côté, S. M. (2018). Childhood trajectories of peer victimization and prediction of mental health outcomes in

midadolescence: a longitudinal population-based study. *Cmaj*, 190(2), E37–E43.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.170219>

Geoffroy, M. C., Boivin, M., Arseneault, L., Turecki, G., Vitaro, F., Brendgen, M., Renaud, J., Séguin, J. R., Tremblay, R. & Côté, S. M. (2016). Associations between Peer Victimization and Suicidal Ideation and Suicide Attempt during Adolescence: Results from a Prospective Population-Based Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.11.010>

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*, 54(2), 191–200. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1612-0>

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1–27. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1>

Goschin, S., Briggs, J., Blanco-Lutzen, S., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2013). Parental affectionless control and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.096>



Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996) Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry* (53), 1155–1162.

Gureje, O., Oladeji, B., Hwang, I., Chiu, W. T., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, Lh., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., De Graaf, G., Gla, G., He, Y., Iwata, N., Karam, E. G., Kovess-Masfe, V., Matschinger, H., Moldovan, M. V., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scocco, P., Seedat, S., Tomov, T et Nock, M. K. (2011). Parental psychopathology and the risk of suicidal behavior in their offspring: Results from the World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1221–1233. <https://doi.org/10.1038/mp.2010.111>

Hammerton, G., Mahedy, L., Mars, B., Harold, G. T., Thapar, A., Zammit, S., & Collishaw, S. (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.org/10.1371/journal.pone.0131885>

Hammerton, G., Zamm., Mahedy, L., Pearson, R. M., Sellers, R., Thapar, A., & Collishaw, S. (2015). Pathways to suicide-related behavior in offspring of mothers with depression: The role of offspring psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(5), 385–393. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.006>

Hammerton, G., Zammit, S., Thapar, A., & Collishaw, S. (2016). Explaining risk for suicidal ideation in adolescent offspring of mothers with depression. *Psychological Medicine*, 46(2), 265–275. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001671>

Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>

Institut de la statistique du Québec (2002). Aspects conceptuels et opérationnels. Section 1 – Conception de la phase 1 de l'ELDEQ, instruments et déroulement. *Direction des enquêtes longitudinales et sociales*. [En ligne] 42 p. Disponible sur : <http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca>

Institut de la statistique du Québec (2014). Alphas de Cronbach des variables dérivées - Parties A et B. *Direction des enquêtes longitudinales et sociales*. [En ligne] 25 p. Disponible sur: <http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca>

Institut de la statistique du Québec (2015). ELDEQ - Sources, justification et modification des questions, échelles et tests des volets 2011 (E14), 2013 (E16) et 2015 (E18). *Direction des enquêtes longitudinales et sociales*. [En ligne] 73 p. Disponible sur : <https://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/>

Institut de la statistique du Québec (2017). Alphas de Cronbach des variables dérivées - Parties A et B. *Direction des enquêtes longitudinales et sociales*. [En ligne] 25 p. Disponible sur le site web de l'ÉLDEQ : <https://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/>

- Jacobs, R. H., Talati, A., Wickramaratne, P., & Warner, V. (2015). The Influence of Paternal and Maternal Major Depressive Disorder on Offspring Psychiatric Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2345–2351. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0037-y>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Brook, J. S., Brown, J., & Kasen, S. (2003). Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.741>
- Karlsson, L., Pelkonen, M., Heilä, H., Holli, M., Kiviruusu, O., Tuisku, V., Ruutu, T., Marttunen, M., (2007) Differences in the clinical characteristics of adolescent depressive disorders. *Depression & Anxiety*, 24 (6), p.421-432 <https://doi.org/10.1002/da.20233>
- Légaré, G., Gagné, M., Alix, C., & Perron, P. A. (2016). Le suicide au Québec : 1981 à 2015 — Mise à jour 2016. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 p.
- Lévesque, P., Pelletier, É. & Perron, P. A. (2020). Le suicide au Québec : 1981 à 2017 — Mise à jour 2020. Le suicide au Québec : 1981 à 2016 — Mise à jour 2019. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 25 p.
- Logan, J. E., Crosby, A. E., & Hamburger, M. E. (2011). Suicidal Ideation, Friendships with Delinquents, Social and Parental Connectedness, and Differential Associations by Sex. *Crisis*, 32(6), 299–309. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000091>

- Machell, K. A., Rallis, B. A., & Esposito-Smythers, C. (2016). Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, 40, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.002>
- Mann, J. J., Bortinger, J., Oquendo, M. A., Currier, D., Li, S., & Brent, D. A. (2005). Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1672–1679. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1672>
- Mazza, J. R., Pingault, J. B., Booij, L., Boivin, M., Tremblay, R., Lambert, J., Zunzunegui, M. V., & Côté, S. (2017). Poverty and behavior problems during early childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 41(6), 670–680. <https://doi.org/10.1177/0165025416657615>
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., & Turecki, G. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*, 97(1–3), 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.016>
- Melhem, N. M., Porta, G., Shamseddeen, W., Payne, M. W., & Brent, D. A. (2011). The course of grief in children bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry*, 68(9), 911–919. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec. *Direction Générale de La Santé Publique Du Ministère de La Santé et Des Services Sociaux*, 13(2009).
- Mishara B. L et Tousignant M. (2004). *Comprendre le suicide*. Les presses de l'Université de Montréal. Montréal, Canada. p.34-39
- Mishara, B. L. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé - Chapitre 11 La violence auto-infligée : le suicide et les tentatives de suicide*. Montreal : Institut national de santé publique du Québec. p. 316 à 335
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, F., & Wasserman, D. (2008). Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 28–36. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0266-0>
- National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Depression in Parents, Parenting and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment and Prevention*. Committee on Depression, Parenting Practices and Healthy Development of Children. Board on Children, Youth and Families. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press. 470 p.
- Nauta, M. H., Festen, H., Reichart, C. G., Nolen, W. A., Stant, A, Bockting, C. L., Van der wees, N. J., Beekmans, A., Doreleijers, T. A. H., Hartmans, C. A., De Jong, P., & De Vries, S. O. (2012). Preventing mood and anxiety disorders in youth: a multi-centre RCT in the high risk

offspring of depressed and anxious patients. *BMC Psychiatry*, 12(1), 31.

<http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-31>

Organisation mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial [En ligne]. *Geneve*. 89 p. Disponible sur :

[http://www.who.int/mental\\_health/suicideprevention/world\\_report\\_2014/fr/](http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/fr/)

Organisation mondiale de la Santé. (2019, 2 septembre). Suicide. Principaux faits. [En ligne].

Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Piché, G., Bergeron, L., & Cyr, M. (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intérieurs: Modèles théoriques et recherches empiriques. *Canadian Psychology*, 49(4), 309–322. <https://doi.org/10.1037/a0013995>

Piché, G., Villatte, A., Habib, R., Vetri, K., & Beardslee W. (2020). FAMILLE+: A Multifamily Group Program for Families with Parental Depression. *Journal of Parent and Family Mental Health* 5(1):1014. <https://doi.org/10.7191/parentandfamily.1014>.

Pouliot, L., & De Leo, D. (2006). Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491–510. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.491>

Pu, J., Zhou, X., Liu, L., Zhang, Y., Yang, L., & Yuan, S. (2017). Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents : A meta-analysis of randomized

controlled trials. *Psychiatry Research*, 253(March), 226–232.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.023>

Riley, A. W., Valdez, C. R., Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W., Sandler, I., & Rawal, P. (2008). Development of a family-based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: Theoretical basis and program description. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(1–2), 12–29.

<https://doi.org/10.1007/s10567-008-0030-3>

Roy, C. A., Zoccolillo, M., Gruber, R., Boivin, M., Pélusse, 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.

<https://doi.org/10.1177/070674370505001208>

Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatric Research*, 45(7), 863–870.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.05.005>

Statistique Canada (2019) *Tableau 13-10-0800-02 : Taux de mortalité normalisé selon l'âge selon les principales causes de décès et le sexe*. [En ligne].

<https://doi.org/10.25318/1310080001-fra>

Stemmler, M., Kötter, C., Bühler, A., Jaursch, S., Beelmann, A., & Lösel, F. (2013). Prevention of familial transmission of depression through a family-oriented programme targeting

parenting as well as the child's social competence. *Journal of Children's Services*, 8(1), 5–20. <https://doi.org/10.1108/17466661311309754>

Steele, M. et Doey, T. (2007). Suicidal behaviors in children and adolescents. Part 1: Etiology and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 21S-33S

Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holli, M., Ruutu, T., ... Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(4), 199–206. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0522-3>

Van Doesum, K. T. M., & Hosman, C. M. H. (2011). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 264–276. <https://doi.org/10.5172/jamh.8.3.264>

Verona, E., & Javdani, S. (2011). Dimensions of Adolescent Psychopathology and Relationships to Suicide Risk Indicators. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(8), 958–971. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9630-1>

Violato, C., & Arato, J. (2004). Childhood Attachment and Adolescent Suicide: A Stepwise Discriminant Analysis in a Case-Comparison Study. *Individual Differences Research*, 2(3), 162–169.



Wagner, B. M., Silverman, M. A. C., & Martin, C. E. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1171–1191.

<https://doi.org/10.1177/0002764202250661>

Wiens, K., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Du, A., Pringsheim, M., Sajobi, T. T., & Patten, S. B. (2017). *Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population ? Assessing trends from 2000 to 2014*. 210(September 2016), 22–26.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.018>

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, W., Pilowsky, D., & Verdelli, H.(2006). Offspring of Depressed Parents : 20 Years Later. *Am J Psychiatry*. (13), 1001–1008.

Weitz, E., Hollon, S. D., Kerkhof, A., & Cuijpers, P. (2014). Do depression treatments reduce suicidal ideation ? The effects of CBT , IPT , pharmacotherapy , and placebo on suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 167, 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.036>

Zimmerman, M., Ellison, W., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2015). How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 56, 29-34.