UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

VERS UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DES ASSOCIATIONS ENTRE SANTÉ MENTALE DES PARENTS ET TEMPÉRAMENT DU NOURRISSON

ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA

MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
GENEVIÈVE BLAIS-LAPOINTE

JUILLET 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Jessica Pearson

Prénom et nom — Directrice de recherche

Comité d'évaluation :

(Selon le type de travail de recherche, l'étudiante peut avoir de deux à trois évaluateurs)

Jessica Pearson

Prénom et nom — Directrice de recherche

Jean-Yves Bégin

Prénom et nom — Évaluateur

Résumé

La santé mentale parentale constitue un facteur susceptible d'influencer le développement socioémotionnel de l'enfant dès les premières années de vie, notamment à travers son association avec le tempérament du nourrisson. Cet essai vise à examiner ces associations au cours de la première année de vie. L'échantillon comprend 433 participantes francophones résidant au Québec. La santé mentale parentale a été mesurée à partir de données autorapportées portant sur la présence d'anxiété, de dépression, de TDAH et de troubles du sommeil (T1), tandis que le tempérament de l'enfant a été évalué à 6 mois (T2) et à 12 mois (T3) à l'aide de *l'Infant Behavior Questionnaire-Revised* (IBQ-R). Les analyses révèlent que la majorité des associations examinées ne sont pas significatives. Une seule association significative a été observée, soit entre l'anxiété parentale et l'émotivité négative de l'enfant à 12 mois. Ces résultats invitent à explorer les variables potentiellement impliquées dans ce lien et à considérer le contexte familial dans une perspective de prévention et d'intervention précoce.

Table des matières

Résumé iii
Remerciements v
Introduction 1
Le tempérament 1
Facteurs d'influence du tempérament 2
Association entre la santé mentale des parents et le tempérament de l'enfant 5
Limites de la littérature 5
Objectif 6
Méthode 6
Participants et procédure 6
Instruments de mesure 7
Santé mentale parentale 7
Tempérament de l'enfant 7
Analyses statistiques 8
Résultats 9
Caractéristiques de l'échantillon 9
Association entre la santé mentale parentale et le tempérament de l'enfant 11
Discussion 12
Forces et limites 17
Contributions à la psychoéducation 19
Conclusion 22
Références 23

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier Pre Jessica Pearson pour sa passion pour la recherche, sa rigueur, sa disponibilité ainsi que pour son accompagnement bienveillant. Les échanges et discussions que nous avons eus ont été riches et particulièrement inspirants. Je souhaite également remercier Pre Annie Paquet. Mon parcours en recherche avec elle au sein du GRIPI a grandement contribué à la réalisation de cet essai, en me permettant de développer mes connaissances scientifiques, et ce, depuis ma toute première session universitaire.

Je souhaite aussi souligner le soutien précieux de mon mari au quotidien. Merci, Jérémy, de m'avoir accompagnée de toutes les façons possibles tout au long de ces six années d'études universitaires. Je tiens également à remercier mon amie Audray, qui a été présente tout au long de ce parcours. Merci pour ton écoute, ton soutien indéfectible et pour tous ces moments partagés à travers lesquels nous avons pu, ensemble, traverser les hauts et les bas de la vie universitaire.

La remise de cet essai représente pour moi un moment particulièrement significatif, marquant à la fois l'aboutissement d'un long parcours scolaire et le début de ma carrière professionnelle en tant que psychoéducatrice.

Introduction

Le tempérament

Le tempérament fait référence aux différences individuelles précoces dans la manière dont les enfants réagissent à leur environnement et régulent leurs comportements (Rothbart et Bates, 2006). Ces différences sont observables très tôt dans la vie et ont une base biologique, mais elles évoluent aussi en fonction des expériences vécues (Rothbart et Bates, 2006 ; Shiner *et al*., 2012). Parmi les différents modèles proposés pour décrire le tempérament, celui de Rothbart est présentement largement utilisé dans la littérature scientifique. Il s'intéresse principalement à la réactivité émotionnelle, motrice et attentionnelle ainsi qu'aux capacités de régulation de l'enfant (Rothbart, 2007). Ce modèle repose sur deux grands pôles : la réactivité, qui correspond aux réponses automatiques de l'enfant aux stimuli, et la régulation, qui renvoie aux processus permettant de moduler ces réponses (Rothbart et Bates, 2006). Ce modèle distingue ensuite trois grands facteurs : l'émotivité négative, l'extraversion et le contrôle volontaire, les deux premiers étant associés à la réactivité, tandis que le contrôle volontaire relève davantage des processus de régulation.

L'émotivité négative renvoie à la tendance d'un enfant à ressentir et à exprimer des émotions comme la peur, la colère ou la frustration. Les enfants qui présentent un niveau élevé d'émotivité négative réagissent souvent plus fortement aux situations perçues comme stressantes ou frustrantes (Putnam *et al*., 2006). L'extraversion, parfois appelée affect positif, concerne surtout la recherche de stimulation, le niveau d'activité et la tendance à manifester des émotions positives. Les enfants plus extravertis sont généralement curieux, expressifs et tournés vers l'environnement social (Rothbart *et al.,* 2001). Enfin, le contrôle volontaire correspond à la capacité émergente de l'enfant à moduler volontairement son attention et ses comportements. Cela inclut, par exemple, la capacité d'inhiber une réaction impulsive ou de se concentrer sur une tâche, et cette dimension se développe davantage au cours de la deuxième année de vie (Rothbart *et al.,* 2003). Pendant la première année de vie de l'enfant, ce facteur est nommé orientation/régulation afin de refléter son caractère émergent (Gartstein et Rothbart, 2003).

L'étude du tempérament en début de vie est particulièrement pertinente, puisqu'il constitue un facteur précoce associé au développement socioémotionnel de l'enfant (Rothbart et Bates, 2006 ; Shiner *et al*., 2012). Il permet notamment de mieux comprendre les variations individuelles dans l'adaptation ainsi que les trajectoires développementales à plus long terme (Zentner et Shiner, 2012). Des données empiriques appuient par ailleurs ces liens. Par exemple, une méta-analyse récente indique que certaines dimensions du tempérament, notamment l'émotivité négative et les difficultés de régulation, sont associées à un risque accru de symptômes ultérieurs de TDAH (Joseph *et al.,* 2023). De plus, des études longitudinales montrent que les dimensions tempéramentales de réactivité et de régulation sont associées à l'évolution de symptômes intériorisés et extériorisés au cours de l'enfance (Nielsen *et al.,* 2019). Par ailleurs, plusieurs travaux suggèrent que les caractéristiques tempéramentales observées tôt dans la vie contribuent à la formation ultérieure de la personnalité (Caspi *et al.,* 2005). Une meilleure compréhension du tempérament contribue également à orienter les interventions, en favorisant des pratiques ajustées aux caractéristiques propres de l'enfant. Dans cette perspective, une meilleure compréhension des facteurs qui peuvent contribuer aux caractéristiques tempéramentales en début de vie apparaît particulièrement importante.

Facteurs d'influence du tempérament

Bien que le tempérament repose sur des bases biologiques, ses manifestations résultent d'une interaction dynamique entre des facteurs génétiques et environnementaux (Rothbart et Bates, 2006 ; Shiner *et al*., 2012). Les études en génétique comportementale suggèrent qu'une part importante des variations tempéramentales est attribuable à l'héritabilité, notamment pour les facteurs comme l'émotivité négative et le contrôle volontaire (Saudino, 2005 ; Shiner *et al.,* 2012). Toutefois, ces prédispositions biologiques sont modulées par l'environnement dans lequel évolue l'enfant. Parmi les facteurs environnementaux, la qualité des interactions parent-enfant, les pratiques éducatives, le niveau de stress familial et le contexte socioéconomique sont reconnus pour influencer l'expression du tempérament, certains enfants se montrant plus sensibles que d'autres à ces influences environnementales (Rothbart et Bates, 2006 ; Belsky et Pluess, 2009). Certains modèles transactionnels soulignent également que l'enfant et son

environnement s'influencent mutuellement au fil du temps, contribuant ainsi à la stabilité ou à la transformation des caractéristiques tempéramentales (Sameroff, 2009).

De plus, certaines études suggèrent que des facteurs précoces, tels que le stress vécu durant la grossesse, peuvent influencer le développement des caractéristiques tempéramentales, notamment en affectant la réactivité émotionnelle de l'enfant (Madigan *et al.,* 2018; Pearson *et al*., 2025). Après la naissance, la qualité des interactions parent-enfant, en particulier la sensibilité parentale, apparaît également associée aux capacités de régulation émotionnelle et à l'expression du tempérament (Loman et Gunnar, 2010 ; Zeman *et al.,* 2006). Le tempérament de l'enfant s'inscrit ainsi dans un réseau de facteurs biologiques et environnementaux interdépendants. D'autres caractéristiques parentales pouvant être associées à son expression ont toutefois été moins examinées.

C'est le cas notamment de la santé mentale des parents, qui constitue un facteur particulièrement important dans le développement de l'enfant. Son influence peut s'exercer à la fois sur le plan biologique, par la transmission de certaines vulnérabilités génétiques, et sur le plan environnemental, notamment à travers la qualité des interactions parent-enfant, la sensibilité parentale ainsi que la capacité du parent à répondre de manière ajustée aux besoins de l'enfant (Goodman *et al.,* 2011). Dans le cadre du présent essai, la santé mentale est définie en référence aux troubles décrits dans le DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022). Ces troubles se caractérisent généralement par des perturbations cliniquement significatives de la cognition, de la régulation émotionnelle ou du comportement, associées à une détresse ou à une altération du fonctionnement.

Parmi les troubles de santé mentale fréquemment observés chez les adultes, on retrouve notamment les troubles dépressifs, les troubles anxieux, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ainsi que les troubles du sommeil (APA, 2022). Le trouble dépressif majeur se caractérise par la présence, pendant au moins deux semaines, d'une humeur dépressive persistante ou d'une perte d'intérêt ou de plaisir, accompagnée d'autres symptômes

tels que des perturbations du sommeil, de l'appétit, de l'énergie, de la concentration ou de l'estime de soi, entraînant une détresse significative ou une altération du fonctionnement. Les troubles anxieux, quant à eux, se manifestent par une peur ou une anxiété excessive et persistante, souvent accompagnées de manifestations physiologiques et de comportements d'évitement, qui dépassent ce qui est attendu dans le contexte. Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité, qui interfère avec le fonctionnement ou le développement. Les symptômes doivent être présents dans plusieurs contextes et apparaître avant l'âge de 12 ans. Enfin, les troubles du sommeil, notamment l'insomnie, se caractérisent par des difficultés persistantes à initier ou à maintenir le sommeil, ou par un sommeil non réparateur, malgré des conditions adéquates, entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement quotidien (APA, 2022).

Les troubles de santé mentale sont fréquents dans la population générale, particulièrement dans les pays occidentaux, où les troubles anxieux et dépressifs figurent parmi les plus répandus (Organisation mondiale de la santé, 2017). Au Canada, les données indiquent qu'environ 18 % des personnes âgées de 15 ans et plus présentent, au cours d'une année, un trouble de santé mentale, notamment de l'humeur, d'anxiété ou lié à l'usage de substances (Statistique Canada, 2023). Les troubles anxieux et dépressifs représentent les catégories les plus fréquentes au sein de la population. Au Québec, les tendances observées sont similaires : environ un adulte sur dix reçoit annuellement un diagnostic de trouble de santé mentale, les troubles anxieux et dépressifs étant les plus fréquents (Gouvernement du Québec, 2024).

Les données spécifiques quant à la prévalence de troubles de santé mentale chez les parents demeurent plus limitées. Toutefois, une étude récente menée auprès de 2 815 parents indique qu'environ 22 % d'entre eux présentent des difficultés de santé mentale au moment de l'évaluation (Grant *et al.,* 2024). Par ailleurs, des études menées en contexte clinique montrent qu'une proportion importante des adultes suivis en santé mentale sont également parents. Ruud et ses collaborateurs (2019) rapportent que cette proportion varie généralement entre 12 % et 45 % dans la littérature, et observent, dans leur propre étude menée auprès de plus de 23 000 patients, que 36 % des participants ont des enfants mineurs. Ces données témoignent de l'ampleur du

phénomène et soulignent la pertinence d'examiner les répercussions des troubles de santé mentale parentale sur le développement de l'enfant, et plus particulièrement sur son tempérament.

Association entre la santé mentale des parents et le tempérament de l'enfant

Plusieurs études mettent en évidence une association entre la santé mentale des parents et certaines dimensions du développement de l'enfant. Par exemple, l'exposition prolongée à la dépression maternelle est associée à une augmentation des problèmes comportementaux chez l'enfant, ce qui souligne l'importance de considérer la santé mentale parentale comme un facteur influençant le développement (Pires *et al*., 2020). Des travaux portant spécifiquement sur les problèmes intériorisés indiquent que plusieurs facteurs parentaux, dont l'anxiété et la dépression, sont associés à un risque accru de symptômes anxieux, dépressifs et intériorisés chez l'enfant (Yap et Jorm, 2015). Ces associations s'expliqueraient notamment par la transmission de schémas cognitifs liés à la perception des menaces, qui influencent la manière dont l'enfant apprend à interpréter son environnement et à réguler ses émotions (Aktar *et al.,* 2017), ainsi que par des processus de modélisation comportementale à travers lesquels l'enfant intègre les réactions émotionnelles de son parent.

En ce qui concerne plus spécifiquement le tempérament, la dépression ou l'anxiété parentale ont été associées à une plus grande émotivité négative, à une réactivité accrue ainsi qu'à des difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle chez l'enfant (Goodman *et al*., 2011 ; Aktar *et al.,* 2017). Ces associations pourraient s'expliquer, en partie, par l'influence de la qualité des interactions parent-enfant, notamment en ce qui concerne la sensibilité parentale et la disponibilité émotionnelle. De plus, certains travaux suggèrent que ces liens s'inscrivent dans des processus transactionnels, où les caractéristiques de l'enfant et celles du parent s'influencent mutuellement au fil du temps (Sameroff, 2009 ; Bridgett *et al.,* 2009).

Limites de la littérature

Bien que la littérature soit abondante concernant la santé mentale parentale, particulièrement en période périnatale, plusieurs limites demeurent. Les études menées sur le sujet portent majoritairement sur la période prénatale et concernent surtout la santé mentale

maternelle, alors que celle des pères est beaucoup moins documentée. Par ailleurs, les données spécifiques quant à la prévalence des troubles de santé mentale chez les parents demeurent plus limitées. De plus, peu d'études portent spécifiquement sur le lien entre la santé mentale parentale et le tempérament du nourrisson, particulièrement au cours des tout premiers mois de vie. Les données disponibles concernent plus souvent le développement à plus long terme ou des indicateurs plus généraux du fonctionnement socioémotionnel.

Objectif

Considérant l'importance du tempérament pour la trajectoire développementale au cours de l'enfance, une meilleure compréhension de ses facteurs d'influence en début de vie apparaît pertinente afin d'orienter les interventions offertes aux enfants et à leur famille. Le présent essai vise ainsi à examiner les associations entre la santé mentale parentale et le tempérament du nourrisson.

Méthode

Participants et procédure

L'échantillon est composé de 433 participantes francophones résidant au Québec. Les participantes ont été recrutées pendant la grossesse principalement par l'entremise de réseaux sociaux, notamment des pages destinées aux futures mères, ainsi que par l'intermédiaire de ressources prénatales et de Centres de la petite enfance. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être enceinte d'au moins 14 semaines au moment du recrutement et 2) ne pas anticiper, pour l'enfant à naître, la présence d'une anomalie congénitale, génétique ou d'une condition médicale susceptible d'affecter significativement son développement.

La collecte de données s'est déroulée à trois moments, où les participantes ont rempli des questionnaires en ligne. Un premier temps de mesure (T1) a eu lieu durant la grossesse et visait à recueillir des informations sociodémographiques ainsi que la présence de troubles de santé mentale chez les parents. Un second temps de mesure (T2) a été réalisé lorsque l'enfant était âgé de 6 mois, suivi d'un troisième temps de mesure (T3) à 12 mois, permettant tous les deux d'évaluer le tempérament de l'enfant. La participation aux temps de mesure T2 et T3 était conditionnelle au respect de deux critères supplémentaires : 1) que la mère soit en contact

régulier avec l'enfant, soit au moins 40 % du temps, et 2) que l'enfant ne présente pas de maladie ou de trouble susceptible d'affecter significativement son développement. Au troisième temps de mesure, 387 participantes ont complété la collecte de données.

Instruments de mesure

Santé mentale parentale

La santé mentale parentale a été évaluée à l'aide d'une mesure auto-rapportée portant sur la présence de difficultés de santé mentale au sein du système parental. Les mères devaient indiquer si l'un ou l'autre des parents présentait de telles difficultés, soit la dépression, l'anxiété, le TDAH ou des troubles du sommeil, à l'aide d'une réponse dichotomique (oui/non). La question portait sur la présence de difficultés de santé mentale perçues, sans préciser s'il s'agissait d'un diagnostic clinique formel. Cette mesure permet ainsi d'identifier la présence de difficultés chez les parents, sans toutefois permettre de distinguer si celles-ci concernent la mère, le père ou les deux parents.

Tempérament de l'enfant

Le tempérament de l'enfant a été évalué à l'aide de la version révisée de l'*Infant Behavior Questionnaire* (IBQ-R; Gartstein et Rothbart, 2003), un instrument destiné aux enfants âgés de 3 à 12 mois. La version courte de l'outil, comprenant 91 items, a été remplie par la mère. Chaque item est coté sur une échelle de type Likert à 7 points, allant de « jamais » à « toujours », avec une option « ne s'applique pas ». Les parents sont invités à rapporter la fréquence de comportements spécifiques observés chez leur enfant dans des situations courantes au cours des dernières semaines, ce qui permet de limiter les biais liés aux jugements globaux ou aux comparaisons générales. Les réponses permettent de calculer des scores moyens pour les trois principaux facteurs du tempérament : 1) l'émotivité négative; 2) l'extraversion et 3) l'orientation et la régulation. La moyenne des scores aux items de chacun des facteurs est calculée, un score plus élevé reflétant un niveau plus élevé du facteur évalué.

Le facteur de l'émotivité négative regroupe notamment des manifestations liées à la tristesse, à la peur, à la détresse face aux limites et la capacité de récupération à la suite de la détresse. Le facteur d'extraversion inclut des dimensions telles que l'approche (l'anticipation positive et l'excitation manifestées avant une activité plaisante attendue), la réactivité vocale, le plaisir associé à la stimulation de forte intensité, le rire et le sourire, le niveau d'activité ainsi que la sensibilité perceptuelle. Enfin, le facteur d'orientation et de régulation comprend des aspects liés au plaisir associé à la stimulation de faible intensité, au plaisir associé au contact physique (être pris et cajolé), à la capacité d'attention soutenue et à la capacité d'être consolé.

La version courte de l'IBQ-R présente de bonnes propriétés psychométriques. Elle démontre une cohérence interne satisfaisante pour l'ensemble des dimensions composant les facteurs (α variant généralement entre 0,70 et 0,81; Putnam *et al.,* 2014). Des analyses ont également mis en évidence une validité convergente adéquate avec la version originale de l'instrument, les dimensions de la version courte étant fortement corrélées à celles de la version longue. Enfin, la structure factorielle de l'outil est bien établie, avec des coefficients de saturation satisfaisants pour chacun des trois facteurs principaux (Gartstein et Rothbart, 2003).

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS (version 29). Des analyses descriptives ont d'abord été effectuées afin de caractériser l'échantillon à l'aide de moyennes, d'écarts-types et de fréquences. Afin de répondre à l'objectif de l'essai, qui est d'examiner les associations entre la santé mentale parentale et le tempérament du nourrisson, des comparaisons de moyennes ont été réalisées entre les groupes selon la présence ou non de difficultés de santé mentale parentale. Des tests *t* indépendant ont été réalisés afin d'examiner les différences de moyennes des scores associés aux facteurs du tempérament de l'enfant (émotivité négative, extraversion et orientation/régulation) selon la présence ou l'absence de difficultés de santé mentale parentale (dépression, anxiété, TDAH et trouble du sommeil). Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$ pour des tests bilatéraux.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives de l'échantillon et des variables d'intérêt à l'étude. Au moment du recrutement, les mères étaient âgées en moyenne de 29,51 ans (*ÉT* = 3,70), alors que les pères avaient un âge moyen de 31,63 ans (*ÉT* = 4,59). La majorité des mères détenaient une formation universitaire, notamment de 1er cycle (41,1 %) ou de 2e cycle (21,8 %), une tendance également observée chez les pères, bien que ceux-ci présentent une proportion plus élevée de formation professionnelle (28,3 %). En ce qui concerne le revenu familial, la majorité des ménages se situait entre 100 000 $ et 150 000 $ (40,7 %), suivie de la tranche de 80 000 $ à 100 000 $ (23,9 %). Les mères étaient majoritairement en union libre avec le père de l'enfant (81,7 %) ou mariées avec celui-ci (15,0 %). L'échantillon est également composé en grande majorité de participants d'origine caucasienne, tant chez les mères (92,7 %) que chez les pères (93,0 %). Quant aux enfants, 57,3 % étaient des garçons et 42,7 % des filles. Leur âge moyen était de 6,11 mois (*ÉT* = 0,61) au T2 et de 12,66 mois (*ÉT* = 0,70) au T3.

Pour ce qui est de la santé mentale parentale, les difficultés les plus fréquemment rapportées étaient l'anxiété (31,4 %), suivie du TDAH (18,0 %), des troubles du sommeil (15,5 %) et de la dépression (13,2 %). Enfin, les scores moyens aux facteurs du tempérament de l'enfant suggèrent des niveaux modérés d'émotivité négative et des niveaux plus élevés d'extraversion et d'orientation/régulation, tant au T2 qu'au T3.

Tableau 1

Statistiques descriptives des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon, des troubles de santé mentale des parents et du tempérament de l'enfant

Variables sociodémographiques	Moyenne (écart-type)	*n* (%)
Âge de la mère	29,51 (3,70)	
Âge du père	31,63 (4,59)	
Scolarité de la mère		
Études primaires		3 (0,7)
Études secondaires		11 (2,6)

Formation professionnelle	37 (8,6)
Formation collégiale	95 (22,0)
Formation universitaire de 1er cycle	177 (41,1)
Formation universitaire de 2e cycle	94 (21,8)
Formation universitaire de 3e cycle	14 (3,2)
Scolarité du père	
Études primaires	9 (2,1)
Études secondaires	39 (9,1)
Formation professionnelle	121 (28,3)
Formation collégiale	94 (22,0)
Formation universitaire de 1er cycle	114 (26,7)
Formation universitaire de 2e cycle	36 (8,4)
Formation universitaire de 3e cycle	13 (3,0)
Revenu familial	
Moins de 20 000$	3 (0,7)
Entre 20 000$ et 40 000$	17 (4,0)
Entre 40 000$ et 60 000$	25 (5,9)
Entre 60 000$ et 80 000$	50 (11,7)
Entre 80 000$ et 100 000$	102 (23,9)
Entre 100 000$ et 150 000$	174 (40,7)
150 000$ et plus	56 (13,1)
État civil de la mère	
Célibataire	10 (2,3)
Union libre avec le père de l'enfant dont je suis enceinte	353 (81,7)
Union libre avec un autre conjoint	2 (0,5)
Mariée avec le père de l'enfant dont je suis enceinte	65 (15,0)
Mariée avec un autre conjoint	1 (0,2)
Origine ethnique de la mère	
Caucasienne	381(92,7)
Afro-canadienne	5 (1,2)
Hispanique	5 (1,2)
Asiatique	7 (1,7)
Autochtone	1 (0,2)
Mixte	9 (2,2)
Autre	3 (0,7)
Origine ethnique du père	
Caucasien	292 (93,0)
Afro-canadien	2 (0,5)
Hispanique	7 (1,7)
Asiatique	2 (0,5)
Autochtone	1 (0,2)
Moyen-Orient/Afrique du Nord	6 (1,5)
Mixte	4 (1,0)

Autre		2 (0,5)
Âge de l'enfant (mois)		
T2	6,11 (0,61)	
T3	12,66 (0,70)	
Sexe de l'enfant		
Fille		184 (42,7)
Garçon		247 (57,3)
Santé mentale des parents		
Dépression		57 (13,2)
Anxiété		136 (31,4)
TDA/H		78 (18,0)
Trouble du sommeil		67 (15,5)
Tempérament de l'enfant T2		
Émotivité négative	2,99 (0,81)	
Extraversion	4,62 (0,67)	
Orientation/Régulation	5,39 (0,58)	
Tempérament de l'enfant T3		
Émotivité négative	3,22 (0,76)	
Extraversion	5,05 (0,55)	
Orientation/Régulation	5,21 (0,58)	

Association entre la santé mentale parentale et le tempérament de l'enfant

Des tests *t* pour échantillons indépendants ont été réalisés afin d'examiner les associations entre la santé mentale parentale et les facteurs du tempérament de l'enfant à 6 mois (T2) et à 12 mois (T3). Les résultats sont présentés au Tableau 2. De manière générale, peu de différences significatives ont été observées entre les groupes de comparaison. Une différence significative a toutefois été observée pour l'émotivité négative à 12 mois en fonction de l'anxiété parentale (t (385) = -2,90, p = 0,004). Selon les mères, les enfants de parents rapportant de l'anxiété présentent des scores plus élevés d'émotivité négative (M = 3,40; $ÉT$ = 0,82) comparativement aux enfants des parents qui n'ont pas de troubles anxieux (M = 3,15; $ÉT$ = 0,73). Aucune différence significative n'a été observée pour les autres facteurs du tempérament, tant à 6 mois qu'à 12 mois, en fonction de la dépression, du TDAH ou des troubles du sommeil.

Tableau 2

Comparaison des facteurs du tempérament de l'enfant en fonction de la santé mentale parentale.

	Dépression parents		
	Non	Oui	*t (p)*

IBQ-R 6 mois			
Émotivité négative	2,99 (0,82)	2,98 (0,81)	0,08 (0,94)
Extraversion	4,63 (0,67)	4,64 (0,71)	-0,18 (0,86)
Orientation/Régulation	5,39 (0,59)	5,36 (0,58)	0,38 (0,71)
IBQ-R 12 mois			
Émotivité négative	3,22 (0,76)	3,25 (0,83)	-0,21 (0,84)
Extraversion	5,05 (0,56)	5,09 (0,52)	-0,49 (0,63)
Orientation/Régulation	5,21 (0,59)	5,26 (0,53)	-0,50 (0,62)
Anxiété parents			
	Non	Oui	*t(p)*
IBQ-R 6 mois			
Émotivité négative	2,96 (0,81)	3,07 (0,82)	-1,32 (0,19)
Extraversion	4,61 (0,68)	4,68 (0,66)	-0,97 (0,33)
Orientation/Régulation	5,39 (0,59)	5,37 (0,58)	0,36 (0,72)
IBQ-R 12 mois			
Émotivité négative	**3,15 (0,73)**	**3,40 (0,82)**	**-2,90 (0,004)**
Extraversion	5,04 (0,55)	5,08 (0,57)	-0,57 (0,57)
Orientation/Régulation	5,22 (0,58)	5,21 (0,60)	0,13 (0,90)
TDA/H			
	Non	Oui	*t(p)*
IBQ-R 6 mois			
Émotivité négative	3,00 (0,84)	2,96 (0,70)	0,42 (0,67)
Extraversion	4,63 (0,68)	4,63 (0,67)	-0,03 (0,98)
Orientation/Régulation	5,38 (0,60)	5,40 (0,55)	-0,28 (0,78)
IBQ-R 12 mois			
Émotivité négative	3,23 (0,78)	3,19 (0,72)	0,41 (0,68)
Extraversion	5,06 (0,56)	5,04 (0,51)	0,19 (0,85)
Orientation/Régulation	5,20 (0,60)	5,32 (0,51)	-1,57 (0,12)
Troubles du sommeil			
	Non	Oui	*t(p)*
IBQ-R 6 mois			
Émotivité négative	2,98 (0,81)	3,06 (0,87)	-0,72 (0,48)
Extraversion	4,61 (0,67)	4,72 (0,72)	-1,14 (0,26)
Orientation/Régulation	5,39 (0,59)	5,37 (0,59)	0,28 (0,78)
IBQ-R 12 mois			
Émotivité négative	3,20 (0,78)	3,34 (0,69)	-1,24 (0,22)
Extraversion	5,05 (0,56)	5,06 (0,54)	-0,18 (0,85)
Orientation/Régulation	5,20 (0,60)	5,31 (0,51)	-1,34 (0,19)

Discussion

Le présent essai visait à examiner les associations entre la santé mentale parentale et le tempérament du nourrisson. Globalement, les résultats indiquent que la majorité des troubles de

santé mentale parentale étudiés ne sont pas associés de manière significative aux facteurs du tempérament de l'enfant, tant à 6 mois qu'à 12 mois. Toutefois, une association significative a été observée entre l'anxiété parentale et l'émotivité négative de l'enfant à l'âge de 12 mois (T3). Il est pertinent de souligner que l'anxiété parentale constitue la problématique la plus fréquemment rapportée dans l'échantillon (n = 136 ; 31,4%), ce qui pourrait avoir contribué à une meilleure détection de ses effets dans les analyses réalisées. Cette association est cohérente avec les travaux antérieurs, qui documentent un lien entre l'anxiété parentale et une émotivité négative plus élevée chez l'enfant (Aktar *et al.,* 2017 ; Goodman *et al.,* 2011).

Par ailleurs, cette association n'est observée qu'à 12 mois (T3) et non à 6 mois (T2), ce qui pourrait suggérer que l'influence de l'anxiété parentale se manifeste progressivement, possiblement en lien avec les interactions parent-enfant et le développement des capacités socioémotionnelles. Effectivement, l'influence de l'environnement parental pourrait s'inscrire dans un processus d'accumulation des interactions, où les effets de l'anxiété parentale deviennent plus apparents à mesure que l'enfant est exposé de manière répétée à ces dynamiques relationnelles au cours de sa première année de vie. Cette évolution pourrait également s'expliquer par le fait que le tempérament de l'enfant devient plus différencié avec l'âge, rendant certaines manifestations émotionnelles plus facilement observables au fil du temps.

Il importe de préciser que cette association concerne spécifiquement l'émotivité négative de l'enfant, un facteur du tempérament qui renvoie à la réactivité émotionnelle, à l'irritabilité et à la détresse face aux stimuli. Ce facteur, tel que mesuré à l'aide de l'IBQ-R, inclut les dimensions de la tristesse, de la peur, de la détresse face aux limites et de la capacité de récupération à la suite de la détresse. Dans cette perspective, l'anxiété parentale, souvent associée à une vigilance accrue et à une tendance à anticiper les situations perçues comme menaçantes (Aktar *et al*., 2017; Bar-Haim *et al.,* 2007), pourrait influencer la manière dont le parent réagit aux manifestations émotionnelles de l'enfant, contribuant ainsi à amplifier certaines réponses émotionnelles, notamment celles liées à l'émotivité négative. Il est également important de tenir compte du caractère héréditaire de l'anxiété (Eley *et al.,* 2015) : la transmission génétique potentielle de

vulnérabilités associées à la présence d'anxiété chez un parent pourrait se manifester très tôt dans les traits tempéramentaux d'émotivité négative chez l'enfant. À l'inverse, l'absence d'association pour le facteur d'orientation et de régulation pourrait s'expliquer par le fait que les capacités de régulation émotionnelle sont encore en émergence au cours de la première année de vie, ce qui les rend à la fois plus difficiles à mesurer de manière fiable et davantage susceptibles d'être influencées par l'environnement au fil du temps (Rothbart *et al*., 2003). Cela permet de mieux comprendre la nature du lien observé, qui ne concerne pas l'ensemble du tempérament, mais bien un aspect particulier du fonctionnement émotionnel de l'enfant.

L'absence d'association statistiquement significative entre la dépression parentale et le tempérament de l'enfant retient également l'attention. Sur le plan théorique, il aurait été possible de s'attendre à observer certaines différences, notamment en lien avec une émotivité négative plus élevée ou une extraversion plus faible chez les enfants dont un parent rapporte des symptômes dépressifs. En effet, la dépression parentale est associée à des interactions parent-enfant moins sensibles, notamment en raison d'un retrait émotionnel et d'une diminution de l'engagement du parent (England et Sim, 2009 ; Goodman *et al.,* 2011), ce qui est susceptible d'influencer le développement socioémotionnel de l'enfant, notamment en lien avec un tempérament plus réactif ou des difficultés de régulation émotionnelle. Il importe également de tenir compte du caractère héréditaire de la dépression, estimé à environ 37 % (Sullivan *et al.*, 2000), qui pourrait contribuer à une transmission de certaines vulnérabilités chez l'enfant, indépendamment de la qualité des interactions. Pourtant, ces effets ne se traduisent pas par des différences observables dans les dimensions du tempérament évaluées ici, ce qui va à l'encontre de certaines études antérieures (Goodman *et al*., 2011 ; Aktar *et al.,* 2017). Cette divergence pourrait s'expliquer par le fait que les études ayant documenté ces liens portaient souvent sur des enfants plus âgés ou s'appuyaient sur des mesures diagnostiques plutôt qu'autorapportées. Il est aussi possible que ces effets se manifestent davantage dans d'autres sphères du développement, comme l'attachement ou les problèmes intériorisés, ou qu'ils deviennent plus apparents à plus long terme (England et Sim, 2009). Enfin, la dépression étant la problématique la moins fréquemment rapportée dans

l'échantillon (13,2 %), cela pourrait avoir rendu plus difficile la détection de différences entre les groupes de comparaison.

L’absence de lien significatif observée pour le TDAH apparaît également intéressante. Considérant la forte composante héréditaire de ce trouble, dont l’héritabilité est estimée à environ 70 à 80 % dans les écrits scientifiques (Faraone *et al.,* 2021), il aurait été possible de s’attendre à observer certaines manifestations précoces chez l’enfant, notamment en lien avec une faible régulation ou une forte l’extraversion, ces facteurs évaluant notamment des aspects associés à l’attention soutenue chez l’enfant et à son niveau d’activité. Toutefois, ces résultats peuvent s’expliquer par le fait que les manifestations du TDAH tendent à se structurer plus tard dans le développement et que les facteurs du tempérament évalués à cet âge ne permettent pas nécessairement de capter ces expressions précoces. Un suivi longitudinal permettrait d'examiner ces liens plus tard dans le développement.

Par ailleurs, aucun lien significatif n'a été observé pour les troubles du sommeil. Ce résultat est néanmoins pertinent à discuter, considérant que les difficultés de sommeil peuvent influencer la régulation émotionnelle du parent et sa disponibilité au quotidien (Parfitt et Ayers, 2014). Des travaux montrent en effet que les déficits de sommeil maternel sont associés à une parentalité moins positive et à des comportements parentaux plus dysfonctionnels, indépendamment du niveau de stress général (McQuillan *et al*., 2019). Ces altérations dans la qualité des interactions parent-enfant auraient pu, en théorie, se répercuter sur certaines dimensions du tempérament de l'enfant. Toutefois, les résultats obtenus suggèrent que ces effets ne se traduisent pas directement dans les facteurs évalués ici, et qu'ils s'expriment peut-être plutôt dans d'autres sphères du développement, comme la qualité de l'attachement ou les comportements d'autorégulation, ou encore qu'ils deviennent plus apparents à plus long terme.

Dans l'ensemble, ces observations suggèrent que les troubles de santé mentale parentale ne constituent pas un ensemble homogène et que leurs effets sur le développement de l'enfant peuvent varier selon la nature des difficultés présentées et selon l’âge de l’enfant. Elles rappellent

également que le tempérament de l'enfant est influencé par une combinaison de facteurs biologiques, environnementaux et relationnels, et que la santé mentale parentale ne constitue qu'un élément parmi d'autres dans la compréhension de ces variations. D'autres facteurs mériteraient d'être explorés dans de futures recherches. D'une part, le tempérament du parent lui-même pourrait moduler la manière dont les difficultés de santé mentale s'expriment dans les interactions avec l'enfant. D'autre part, la qualité des interactions parent-enfant représente une voie importante par laquelle plusieurs de ces influences pourraient se transmettre au nourrisson.

Au-delà de ces pistes, certaines caractéristiques de l'échantillon doivent être considérées dans l'interprétation des résultats obtenus et pourraient contribuer à expliquer l'absence de liens significatifs observés. Les participants de l'étude présentent majoritairement un profil socioéconomique favorable, caractérisé par un revenu élevé, un bon niveau de scolarité et une proportion importante de parents en couple. Ces éléments constituent des facteurs de protection importants susceptibles d'atténuer l'impact potentiel des difficultés de santé mentale parentale sur le développement de l'enfant. En effet, la littérature suggère que le statut socioéconomique agit de manière indirecte sur le développement de l'enfant, notamment en influençant des dimensions du fonctionnement parental telles que la chaleur parentale et le niveau de stress vécu, lesquelles sont associées à la qualité des interactions parent-enfant (Hong *et al.,* 2024). Plus spécifiquement, les travaux de Hong et ses collaborateurs (2024), réalisés auprès d'enfants âgés de 4 à 6 ans, indiquent qu'un statut socioéconomique plus faible est associé à une émotivité négative plus élevée ainsi qu'à des capacités de régulation moindres. Bien que ces résultats concernent des enfants plus âgés et s'inscrivent dans un contexte culturel différent, ils suggèrent que le contexte socioéconomique peut influencer certaines dimensions du tempérament. Un profil socioéconomique plus favorable pourrait contribuer à atténuer l'effet de certaines vulnérabilités parentales, notamment en permettant aux parents d'avoir accès à davantage de ressources comme du soutien professionnel, des services de garde et un réseau social de qualité, qui constituent des facteurs de protection face aux défis associés aux troubles de santé mentale en contexte de parentalité. À cet égard, il n'est pas possible de déterminer si les mères ayant rapporté des difficultés bénéficiaient d'un suivi ou d'un traitement au moment de la collecte, mais il est

plausible qu'une proportion importante d'entre eux ait eu accès à un tel soutien, ce qui pourrait avoir contribué à atténuer l'expression de leurs difficultés et leurs effets sur le développement du tempérament de l'enfant. Ces ressources pourraient ainsi soutenir la qualité des interactions parent-enfant et, par extension, moduler l'expression de certains facteurs du tempérament. Dans cette perspective, il serait pertinent que de futures recherches examinent ces associations auprès d'échantillons présentant un profil socioéconomique moins favorable, afin de mieux comprendre dans quelle mesure ces liens pourraient s'exprimer différemment en présence d'un cumul moins important de facteurs de protection.

Forces et limites de l'étude

Cet essai présente plusieurs forces. D'abord, l'étude repose sur un échantillon de taille importante, ce qui contribue à la robustesse des analyses réalisées et à la fiabilité des résultats obtenus. Le devis longitudinal constitue également un atout important, puisque les données ont été recueillies à deux moments distincts, soit à 6 mois (T2) et à 12 mois (T3), permettant d'examiner l'évolution des associations dans le temps et d'apporter un éclairage pertinent quant au moment où certaines relations deviennent observables. Par ailleurs, l'utilisation d'un instrument de mesure reconnu et validé pour évaluer le tempérament de l'enfant (IBQ-R) contribue à assurer la qualité des données recueillies. De plus, l'étude inclut plusieurs problématiques de santé mentale parentale, soit l'anxiété, la dépression, le TDAH et les troubles du sommeil, ce qui permet d'obtenir une vision plus globale des liens possibles avec le tempérament de l'enfant. La prise en compte de la santé mentale des deux parents constitue un apport particulièrement intéressant, considérant que les données incluant les pères demeurent peu documentées dans la littérature.

L'interprétation des résultats doit toutefois tenir compte de certaines limites. D'abord, la mesure de la santé mentale parentale repose sur des données autorapportées, ce qui peut introduire un biais de perception ou de désirabilité sociale. La période périnatale étant reconnue comme une période de vulnérabilité émotionnelle (O'Hara et Wisner, 2014), il est possible que certains parents rapportent davantage de symptômes, ce qui pourrait ne pas être représentatif de la période suivant la naissance de l'enfant. Par ailleurs, la mesure utilisée ne permet pas de vérifier

la présence d'un diagnostic clinique formel. Les participants pouvaient se reconnaître dans certaines manifestations sans nécessairement répondre aux critères diagnostiques établis, ce qui invite à interpréter les résultats avec prudence, en considérant qu'ils reflètent davantage des manifestations perçues par les mères que des troubles confirmés. Néanmoins, ce type de mesure est largement utilisé dans la littérature (Grant *et al.*, 2024) et présente une pertinence écologique réelle : la détresse perçue par le parent, même en l'absence de diagnostic formel, constitue un indicateur du climat émotionnel dans lequel évolue l'enfant et peut avoir des répercussions concrètes sur la qualité des interactions parent-enfant. Plusieurs études ayant recours à des mesures similaires confirment d'ailleurs que les difficultés autorapportées sont associées à des effets observables sur le fonctionnement parental et le développement de l'enfant (Goodman *et al.*, 2011; Grant *et al.*, 2024).

Cet enjeu est particulièrement pertinent pour le TDAH, dont la proportion rapportée dans l'échantillon (18 %) est plus élevée que celle généralement observée dans la population adulte, estimée à environ 2,5 % pour les formes diagnostiques et pouvant atteindre près de 6 à 7 % lorsque des manifestations symptomatiques sont prises en compte (Song *et al.,* 2021). Cette surestimation probable suggère que la mesure capte davantage une identification subjective à certains symptômes qu'un trouble formellement établi. Par ailleurs, puisque la mesure ne permet pas de distinguer si c'est la mère, le père ou les deux parents qui présentent des difficultés, la proportion réelle au niveau individuel pourrait être inférieure à 18 %, sans toutefois descendre sous le seuil de 9 % dans le scénario le plus conservateur, ce qui demeurerait tout de même supérieur aux taux populationnels rapportés dans la littérature. La présence élevée de manifestations de TDAH chez les parents de l’échantillon laisse envisager qu’une proportion significative de parents prenant part à l’étude pourraient vivre des défis dans leur rôle parental en lien avec ces symptômes. Ces défis gagneraient à être évalués de façon spécifique dans une étude ultérieure.

Cette limite méthodologique ne se restreint pas au TDAH, mais s'applique à l'ensemble des troubles de santé mentale documentés dans cet essai : bien que la mesure utilisée permette de documenter la présence de vulnérabilités au sein du système parental, elle ne permet pas de

distinguer si les difficultés rapportées concernent la mère, le père ou les deux parents, ce qui limite la précision de l'interprétation des résultats, tant sur le plan des interactions parent-enfant que des vulnérabilités potentiellement transmises sur le plan héréditaire. Cette limite est néanmoins en partie compensée par la valeur informative de l'approche retenue : en documentant la présence de difficultés au sein du système parental dans son ensemble, elle rend compte du contexte émotionnel global dans lequel évolue le nourrisson, ce qui demeure pertinent pour comprendre son développement. L'examen spécifique de l'effet potentiellement cumulatif de la présence de troubles de santé mentale chez les deux parents, comparativement à un seul, s'avère nécessaire afin de préciser les liens possibles avec le tempérament de l'enfant.

Il importe également de souligner que l'évaluation du tempérament de l'enfant repose sur les perceptions maternelles, puisque l'IBQ-R est rempli par la mère. Or, l'état mental de la mère est susceptible de teinter la manière dont celle-ci perçoit et décrit les comportements de son enfant, et ce, pour l'ensemble des troubles étudiés. Ainsi, une mère présentant de l'anxiété pourrait être plus attentive aux manifestations de détresse de son enfant, tandis qu'une mère en état dépressif pourrait les sous-estimer. Ce double biais de perception, à la fois dans la mesure de la santé mentale parentale et dans celle du tempérament, constitue une limite méthodologique importante qui invite à interpréter l'ensemble des résultats avec prudence, y compris l'unique association significative observée. Cela dit, l'absence de résultat significatif pour la majorité des associations examinées porte à croire que l'influence de ce biais sur les résultats obtenus demeure limitée et offre une validité additionnelle à l'étude.

Contributions à la psychoéducation

Les résultats de cet essai mettent en lumière l'importance de considérer la santé mentale parentale dans l'évaluation du fonctionnement de l'enfant, et ce, dès la première année de vie. Ils suggèrent notamment la pertinence de porter une attention particulière à l'anxiété parentale, en raison de son association avec l'émotivité négative de l'enfant, qui se manifeste par une plus grande réactivité émotionnelle, de l'irritabilité et de la détresse face aux stimuli. Dans ce contexte, l'analyse réalisée appuie la pertinence d'interventions centrées sur la relation parent-

enfant, en misant notamment sur le renforcement de la sensibilité parentale et sur le soutien à la régulation émotionnelle du parent et de l'enfant. L'accompagnement des parents dans la compréhension du tempérament de leur enfant apparaît également essentiel, afin de favoriser une meilleure lecture des signaux de l'enfant et un ajustement plus adéquat des réponses parentales. Dans cette perspective, les psychoéducateurs et psychoéducatrices sont également bien positionnés pour réaliser des observations directes des interactions parent-enfant, permettant de nuancer les perceptions parentales, de valider les inquiétudes lorsqu'elles sont fondées, ou de les recadrer lorsqu'elles semblent teintées par l'état émotionnel du parent.

Ces constats invitent également les intervenants et intervenantes à adopter une posture nuancée, visant à normaliser certaines réactions parentales, telles que l'anxiété ou les inquiétudes, tout en soutenant le sentiment de compétence parentale. En ce sens, l'intervention psychoéducative peut contribuer à réduire le stress parental et à favoriser un climat relationnel plus sécurisant pour l'enfant.

Les données obtenues rappellent également qu'une proportion importante de parents rapportent vivre certaines difficultés sur le plan de la santé mentale, notamment de l'anxiété, des symptômes dépressifs, un TDAH ou des troubles du sommeil. Ces résultats soulignent la pertinence du travail psychoéducatif auprès des familles, particulièrement dans un contexte de transition à la parentalité, où certains parents peuvent présenter une plus grande vulnérabilité sur le plan de l'adaptation. Dans cette perspective, l'accompagnement offert peut contribuer à soutenir à la fois l'adaptation du parent et celle de l'enfant, en favorisant des interactions plus sécurisantes et un meilleur ajustement aux besoins développementaux du nourrisson. Par ailleurs, les observations issues de cette étude soulignent l'importance d'intervenir précocement, avant que certaines manifestations émotionnelles ou interactionnelles ne se consolident dans le temps. Une intervention en bas âge permet ainsi d'agir à la fois sur les dynamiques relationnelles et sur les conditions environnementales susceptibles d'influencer le développement de l'enfant.

L’ensemble des résultats met également en évidence la nécessité d’adopter une vision écosystémique de l’intervention, où les interactions entre l’enfant, le parent et l’environnement sont prises en compte. Ils rappellent que le tempérament du nourrisson s’inscrit dans une dynamique multifactorielle, où les facteurs biologiques, relationnels et environnementaux interagissent de manière complexe. La santé mentale parentale constitue un facteur important, mais non exclusif, dans la compréhension du développement de l’enfant.

Enfin, les données obtenues soulignent l’importance de considérer les facteurs de protection présents dans l’environnement familial, tels que le soutien social, la stabilité du milieu de vie ou les ressources disponibles. Ces éléments peuvent contribuer à atténuer l’impact de certaines vulnérabilités parentales et à soutenir le développement du tempérament de l’enfant, ce qui apparaît particulièrement pertinent dans une perspective d’intervention préventive.

Conclusion

Le présent essai avait pour objectif d'examiner dans quelle mesure la santé mentale parentale est associée au tempérament du nourrisson au cours de la première année de vie. Les résultats obtenus suggèrent que ces associations sont limitées et ne se manifestent pas de manière uniforme selon les troubles étudiés. Une seule association significative a été observée, soit entre l'anxiété parentale et l'émotivité négative de l'enfant à 12 mois, ce qui met en évidence le caractère spécifique et possiblement progressif de certains liens.

Ces résultats contribuent à une compréhension plus nuancée du développement du tempérament en contexte de vulnérabilités parentales, en soulignant l'importance de considérer à la fois la nature des difficultés parentales et le contexte dans lequel évolue l'enfant. Ils rappellent également que le tempérament du nourrisson s'inscrit dans une dynamique multifactorielle, où les facteurs individuels, relationnels et environnementaux interagissent.

Dans une perspective clinique, ces constats mettent en lumière la pertinence de porter une attention particulière à l'anxiété parentale ainsi qu'aux interactions parent-enfant dans l'accompagnement des familles, tout en considérant l'importance des facteurs de protection susceptibles de moduler l'expression de certaines vulnérabilités. Des recherches futures pourraient permettre d'approfondir la compréhension de ces liens, notamment en considérant des mesures plus précises de la santé mentale parentale, en examinant leur évolution au-delà de la première année de vie (p. ex., entre 24 et 48 mois), et en reproduisant ces analyses auprès d'échantillons présentant un profil socioéconomique plus diversifié, afin de mieux saisir dans quelle mesure les facteurs de protection influencent l'expression de ces associations.

Références

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Aktar, E., Nikolić, M. et Bögels, S. M. (2017). Parental anxiety and child temperament: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 20*(1), 1–27. https://doi.org/10.1007/s10567-016-0213-0

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J. et Van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin, 133*(1), 1–24. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1

Belsky, J. et Pluess, M. (2009). The nature (and nurture?) of plasticity in early human development. *Perspectives on Psychological Science, 4*(4), 345–351. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01136.x

Bridgett, D. J., Gartstein, M. A., Putnam, S. P., Lance, K. O., Iddins, E., Waits, R. et Lee, L. (2009). Emerging effortful control in toddlerhood: The role of maternal behavior and temperament. *Infant Behavior and Development, 32*(4), 431–442. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.07.003

Caspi, A., Roberts, B. W. et Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology, 56*, 453–484. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141913

Eley, T. C., McAdams, T. A., Rijsdijk, F. V., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D., Spotts, E. L., Ganiban, J. M. et Neiderhiser, J. M. (2015). The intergenerational transmission of anxiety: A children-of-twins study. *American Journal of Psychiatry, 172*(7), 630–637. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14070818

England, M. J. et Sim, L. J. (Éds.). (2009). *Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention*. National Academies Press. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK215128/

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., Atwoli, L., … et Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 128*, 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Gartstein, M. A. et Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the revised infant behavior questionnaire. *Infant Behavior & Development, 26*(1), 64–86. https://doi.org/10.1016/S0163-6383(02)00169-8

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. et Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(1), 1–27. https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1

Gouvernement du Québec. (2024). *Portrait de santé de la population québécoise selon le parcours de vie*. https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/etat-sante-population-quebecoise

Grant, A., McCartan, C., Davidson, G., Bunting, L., Cameron, J., McBride, O., Mulholland, C., Murphy, J., Nolan, E., Schubotz, D. et Shevlin, M. (2024). Prevalence and risk factors of parental mental health problems: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*. https://doi.org/10.1111/inm.13365

Hong, R. Y., Ding, X. P., Chan, K. M. Y. et Yeung, W. J. J. (2024). The influence of socio-economic status on child temperament and psychological symptom profiles. *British Journal of Psychology, 115*(2), 1–20. https://doi.org/10.1111/bjop.12701

Joseph, H. M., Lorenzo, N. E., Fisher, N., Novick, D. R., Gibson, C., Rothenberger, S. D., Foust, J. E. et Chronis-Tuscano, A. (2023). A systematic review and meta-analysis of infant and toddler temperament as predictors of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 64*(5), 715–735. https://doi.org/10.1111/jcpp.13753

Loman, M. M. et Gunnar, M. R. (2010). Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 34*(6), 867–876. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.05.007

Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. M. P., Schumacher, L., Akbari, E., Cooke, J. E. et Tarabulsy, G. M. (2018). A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57*(9), 645–657. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.012

McQuillan, M. E., Bates, J. E., Staples, A. D. et Deater-Deckard, K. (2019). Maternal stress, sleep, and parenting. *Journal of Family Psychology, 33*(3), 349–359. https://doi.org/10.1037/fam0000516

Nielsen, J. D., Olino, T. M., Dyson, M. W. et Klein, D. N. (2019). Reactive and regulatory temperament: Longitudinal associations with internalizing and externalizing symptoms

through childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(11), 1771–1784. https://doi.org/10.1007/s10802-019-00555-0

O'Hara, M. W. et Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28*(1), 3–12. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

Organisation mondiale de la santé. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). https://iris.who.int/handle/10665/254610

Parfitt, Y. et Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal, 35*(3), 263–273. https://doi.org/10.1002/imhj.21443

Pearson, J., Caron, R., Zdebik, M. A., Baudry, C. et Fréchette-Boilard, G. (2025). Fetal programming of infant temperament: An examination of prenatal maternal stress during the COVID-19 pandemic. *Infant Mental Health Journal*. https://doi.org/10.1002/imhj.70037

Pires, A. J., de Matos, M. B., Scholl, C. C., Trettim, J. P., Coelho, F. T., da Cunha Coelho, F. M., Pinheiro, K. A. T., Pinheiro, R. T. et de Avila Quevedo, L. (2020). Prevalence of mental health problems in preschoolers and the impact of maternal depression. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*(5), 605–616. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01381-x

Putnam, S. P., Gartstein, M. A. et Rothbart, M. K. (2006). Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development, 29*(3), 386–401. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.01.004

Putnam, S. P., Helbig, A. L., Gartstein, M. A., Rothbart, M. K. et Leerkes, E. (2014). Development and assessment of short and very short forms of the Infant Behavior Questionnaire–Revised. *Journal of Personality Assessment, 96*(4), 445–458. https://doi.org/10.1080/00223891.2013.841171

Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science, 16*(4), 207–212. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00505.x

Rothbart, M. K. et Bates, J. E. (2006). Temperament. Dans W. Damon et R. M. Lerner (Éds.), *Handbook of child psychology* (6e éd., vol. 3, p. 99–166). Wiley.

Rothbart, M. K., Ellis, L. K. et Posner, M. I. (2003). Temperament and self-regulation. Dans R. F. Baumeister et K. D. Vohs (Éds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (p. 357–370). Guilford Press.

Rothbart, M. K., Posner, M. I. et Hershey, K. L. (2001). Temperament, attention, and developmental psychopathology. Dans J. P. Sameroff, M. Lewis et S. M. Miller (Éds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2e éd., p. 465–501). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-1203-3_24

Ruud, T., Maybery, D., Reupert, A., Weimand, B., Foster, K., Grant, A., Skogøy, B. E. et Ose, S. O. (2019). Adult mental health outpatients who have minor children: Prevalence of parents, referrals of their children, and patient characteristics. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 163. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00163

Sameroff, A. (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. American Psychological Association.

Saudino, K. J. (2005). Behavioral genetics and child temperament. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 26*(3), 214–223. https://doi.org/10.1097/00004703-200506000-00009

Shiner, R. L., Buss, K. A., McClowry, S. G., Putnam, S. P., Saudino, K. J. et Zentner, M. (2012). What is temperament now? Assessing progress in temperament research. *Child Development Perspectives, 6*(4), 436–444. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2012.00254.x

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., Rudan, I. et Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG). (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health, 11*, 04009. https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009

Statistique Canada. (2023). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm

Sullivan, P. F., Neale, M. C. et Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1552–1562. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552

Yap, M. B. H. et Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 175*, 424–440. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.050

Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. et Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 27*(2), 155–168. https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014

Zentner, M. et Shiner, R. L. (2012). *Handbook of temperament*. Guilford Press.