



Inserm

**MÉDECINE
SORBONNE
UNIVERSITÉ**

Unité mixte de recherche en santé n° 1136 (UMR-S 1136)
Directeur : Pr Fabrice Carrat



Mémoire de Master 1 Santé – RG3PE

ASSOCIATION ENTRE DEPRESSION PARENTALE ET DEVELOPPEMENT OCCUPATIONNEL DES ENFANTS

Sous la direction de Judith VAN DER WAERDEN

Virginie Vagny

Juin 2022

Table des matières

1	Introduction	2
2	Revue de littérature	2
2.1	Développement de l'enfant et facteurs environnementaux	2
2.2	Développement occupationnel	4
2.3	Co-occupations	7
2.4	Mesure du développement occupationnel à travers les co-occupations	9
2.5	Facteur parental dans les co-occupations	11
2.6	Influence de la dépression parentale	13
2.6.1	Dépression parentale : caractéristiques et prévalence	13
2.6.2	Conséquences de la dépression parentale	14
3	Question de recherche	16
4	Objectifs de l'étude	18
5	Méthode	18
5.1	Design et population de l'étude	18
5.2	Outils	20
5.2.1	Variables dépendantes	21
5.2.2	Variables indépendantes	23
5.2.3	Facteurs de confusion, de modération	25
5.2.4	Analyse	25
6	Conclusion	26
7	Bibliographie	27
8	Annexes	34

1 Introduction

Les sciences de l'occupation sont apparues aux Etats-Unis dans les années 1980 en lien avec la pratique en ergothérapie (*occupational therapy*), puis dans les années 2000 en Australie sur un abord plus théorique. Elles se sont construites à partir de diverses théories interdisciplinaires (Meyer, 2018; D. Pierce, 2016; Townsend & Polatajko, 2013). Encore peu identifiées en France et en Europe, de plus en plus d'ergothérapeutes s'y réfèrent pour faire évoluer leurs pratiques autour du concept d'occupation, soit à travers l'utilisation d'outils d'évaluation ou d'intervention basés sur l'occupation, soit dans le domaine de la recherche pratique (Meyer, 2018; D. Pierce, 2016; Rodger, 2010). Nous retrouvons plusieurs définitions du concept d'occupation, la décrivant comme « *une large gamme d'activités (travail, loisir et activités de vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel* » (Parkinson et al., 2017), qui « *comprend tout ce qu'une personne fait pour s'occuper, c'est-à-dire, prendre soin d'elle (soins personnels), se divertir (loisirs) et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté (productivité)* » (ACE, 1997 citée par Townsend & Polatajko, 2013). La notion d'activités signifiantes et significatives, prenant en compte le contexte environnemental dans lequel elles se déroulent, est fréquemment évoquée dans les définitions de l'occupation (Parkinson et al., 2017; Pierce, 2016; Townsend & Polatajko, 2013).

Les recherches en sciences de l'occupation peuvent cibler les éléments essentiels des occupations comme leur structure, leurs caractéristiques, l'environnement. Elles s'intéressent également au processus occupationnel c'est-à-dire à la manière de réaliser les occupations ou encore à l'importance de l'occupation dans le développement des enfants par exemple (Meyer, 2018; Pierce, 2016; Rodger & Ziviani, 2006; Townsend & Polatajko, 2013).

C'est avec cette perspective occupationnelle que nous allons nous intéresser, dans ce mémoire, au développement des occupations des enfants dans un contexte de dépression parentale.

2 Revue de littérature

2.1 Développement de l'enfant et facteurs environnementaux

Le développement de l'enfant est surtout étudié selon différents domaines : cognitif, sensoriel, moteur, affectif. Le développement de chacun de ces domaines en lien avec des

facteurs environnementaux fait l'objet de nombreuses recherches issues de différentes disciplines comme la psychologie du développement, sociologie, sciences de l'éducation... Selon les sciences de l'occupation, les composantes d'une personne en interaction avec les aspects environnementaux constituent les occupations (Folha & Barba, 2020; O'Brien & Kuhaneck, 2019; Pierce, 2009; Smet & Lucas, 2019). Ainsi, le développement de l'enfant se fait à travers l'interaction entre ses capacités, ses caractéristiques individuelles et les éléments du contexte environnemental dans lequel il grandit (Davis & Polatajko, 2006; Rodger & Ziviani, 2006; Smet & Lucas, 2019). Les facteurs environnementaux correspondent aux éléments extérieurs, extrinsèques de l'enfant et donc au contexte de vie. Il comprend différents aspects tels que physique, social, culturel, économique et organisationnel (OMS, 2001; Ziviani & Rodger, 2006).

L'environnement *physique* correspond au cadre matériel, aux espaces, aux objets. Par rapport au contexte de développement occupationnel, le type de logement et espace de vie, les jeux disponibles, les espaces extérieurs de sorties par exemple, vont participer aux opportunités de diversifier les occupations des enfants.

L'environnement *social* regroupe les personnes de son entourage quotidien comme ponctuel qui apportent du soutien : deux parents cohabitant ou non, fratrie, grands-parents, médecin, professionnels du mode de garde, en tant qu'individu ou groupe. Ils feront partie des personnes permettant les expériences de co-occupations principalement du tout-petit (OMS, 2001; Ziviani & Rodger, 2006).

L'environnement *culturel* comprend les habitudes de vie, coutumes, croyances, valeurs, normes, acceptées par la société dans laquelle évolue l'enfant (OMS, 2001; Ziviani & Rodger, 2006). Il peut être décrit soit pour une société ou pour un groupe qui partage des valeurs ou comportements, mais il s'exprime avant tout de manière individuelle (Townsend & Polatajko, 2013).

Les aspects *organisationnels et économiques* se traduisent par les institutions et systèmes d'une société (OMS, 2001; Townsend & Polatajko, 2013). Ils influencent l'accès aux ressources et aux structures permettant la mise en place des occupations. Quand il n'y a pas d'espace de jeu, ni d'occasion d'expérimenter des occupations pour un enfant, on parle de déprivation occupationnelle (Rodger & Ziviani, 2006).

Dans ce travail, nous allons principalement nous intéresser à des éléments de l'environnement social, mettant en lien parent et enfant, en questionnant ce qui influence le développement occupationnel de l'enfant.

2.2 Développement occupationnel

Les capacités de l'enfant dans chacun des grands domaines du développement sont mises en pratique et évoluent au cours de diverses occupations, ce qui permet également de générer des comportements occupationnels, d'expérimenter de nouvelles occupations (Davis & Polatajko, 2006; Njelesani et al., 2020). Par exemple, avec l'acquisition de la marche, l'enfant va pouvoir explorer différemment le monde qui l'entoure : d'abord en intérieur à son domicile, puis se promener en extérieur dans l'herbe, sur un chemin en forêt ou avec son chien. Le développement des compétences occupationnelles est donc un processus dynamique et évolutif, et ceci dans un contexte environnemental. Le développement occupationnel couvre à la fois le processus de construction des occupations et le résultat de ce processus. Il « *résulte de l'interaction des êtres humains avec leur environnement. Cette interaction rend le développement occupationnel extrêmement complexe* » (traduction libre, Davis & Polatajko, 2006). Le rôle de l'environnement dans le développement occupationnel se traduit également dans la définition de la CAOT (Canadian Association of Occupational Therapists, 1997, cité par Davis & Polatajko, 2006) : « *Le développement occupationnel correspond aux changements graduels des comportements occupationnels dans le temps, résultant de la croissance et de la maturation de l'individu en interaction avec son environnement* ».

Dans les années 2000, plusieurs auteurs ont travaillé sur la question du développement occupationnel pour étayer la compréhension de ce concept. La construction des occupations de l'enfant résulte de l'interaction de l'environnement sur l'enfant et des possibilités qui lui sont offertes. Ainsi, les occupations peuvent être étudiées sur un plan macro, micro, ou meso-occupationnel (Davis & Polatajko, 2006; Townsend & Polatajko, 2013). Sur le *plan macro-occupationnel*, les demandes culturelles et de la société influencent beaucoup l'évolution des occupations. Ainsi, les avancées technologiques et culturelles amènent à un panel d'occupations variables au niveau d'une société, d'une espèce (Davis & Polatajko, 2006; O'Brien & Kuhaneck, 2019 ; Townsend & Polatajko, 2013). De même, les occupations humaines suivent des évolutions historiques : les occupations des enfants

comprennent aujourd'hui dans de nombreux pays, d'aller à l'école ou d'avoir accès à des jeux vidéo par exemple, ce qui n'était pas le cas au Moyen- Âge.

Ensuite, selon les habitudes culturelles et familiales, les enfants vont développer les occupations en réponse aux attentes du milieu dans lequel ils grandissent, pas à pas, selon un continuum, pour évoluer du statut de novice à celui d'expert dans une même occupation (Townsend & Polatajko, 2013). Il s'agit du *développement micro-occupationnel* qui sous-tend le développement de compétences occupationnelles. Par exemple, certaines familles vont attendre une participation des enfants aux tâches ménagères dès 6 ans, alors que pour d'autres cela ne fait pas partie des occupations des enfants (Davis & Polatajko, 2006; Njelesani et al., 2020; O'Brien & Kuhaneck, 2019). De même, il est nécessaire que l'enfant comprenne le sens de l'occupation pour apprendre à la pratiquer (Townsend & Polatajko, 2013) : comprendre qu'un crayon permet de laisser une trace, savoir que l'utilisation de ses mains, d'une feuille et du crayon amène à l'occupation de dessiner.

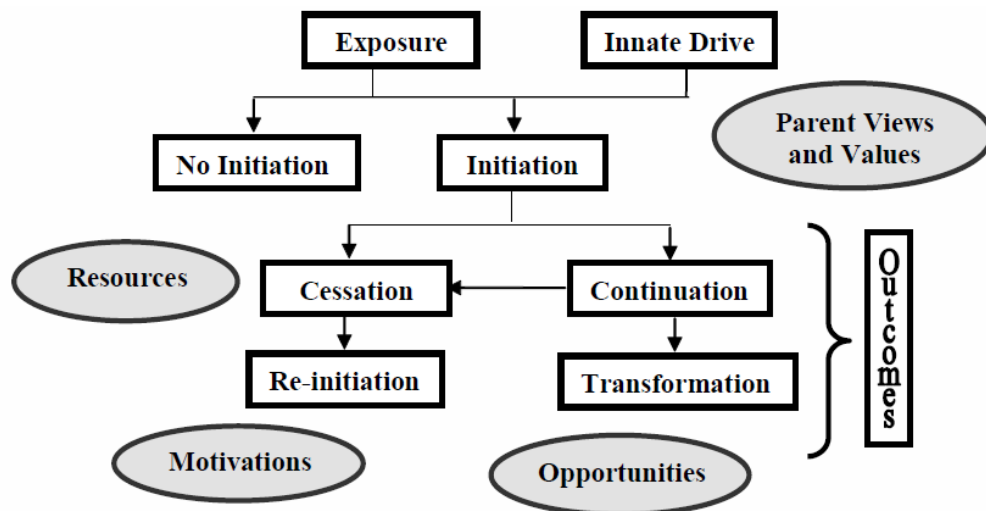
Enfin, le *développement meso-occupationnel* peut être décrit comme le répertoire occupationnel, la liste des occupations d'une personne, à un moment donné et évolutif au cours de la vie : selon la croissance, le vieillissement, les centres d'intérêts variables. Le nombre et la diversité des occupations changent, peuvent augmenter ou diminuer, en fonction des habitudes et des ressources, sans références ou normes attendues (Davis & Polatajko, 2006; Townsend & Polatajko, 2013; Wiseman et al., 2005).

Ainsi, au niveau d'un individu, les occupations évoluent au cours du temps, en fonction de ses compétences et du contexte de l'environnement (OMS, 2001; Townsend & Polatajko, 2013; Ziviani & Rodger, 2006). Les enfants apprennent les occupations par l'interaction avec l'environnement plus que par les principes de la maturation neurologique (Folha & Barba, 2020). Il n'est donc pas possible de déduire les occupations d'un enfant uniquement à partir de son âge ou de son niveau de développement, elles doivent également être mises en lien avec le contexte occupationnel c'est-à-dire l'environnement, les opportunités et les ressources mis à sa disposition (O'Brien & Kuhaneck, 2019; Wiseman et al., 2005).

C'est pourquoi, selon le contexte sociétal et les habitudes familiales d'un enfant, ce dernier n'expérimentera pas les mêmes occupations qu'un autre enfant. Certaines familles vont proposer à leur enfant de participer à la douche avec un gant de toilette dès l'âge de 2 ans, alors que d'autres vont attendre que l'enfant montre une envie de se laver seul. Les

niveaux macro et micro-occupationnel sont donc très liés. De même, les occupations pour se nourrir vont évoluer au cours de la vie : se laisser nourrir par l'adulte pour un nourrisson, manger seul avec les doigts puis avec des couverts pour un enfant, et va ensuite inclure le fait de préparer le repas avec l'entrée dans l'âge adulte et peut-être par la prise de repas moulinés avec le grand âge. L'enfant développe à la fois de nouvelles compétences occupationnelles lorsqu'il réussit à attraper les aliments avec ses doigts puis quand il comprend l'utilisation des couverts, et en parallèle, de nouvelles occupations en passant de manger avec l'aide de l'adulte dans une chaise haute, à manger seul à la cantine par exemple. Le niveau micro et meso-occupationnel sont interdépendants.

Chaque famille a un panel d'occupations qui ont un sens pour elle, observables à travers les routines et rituels mis en place (Davis & Polatajko, 2006, 2010; Townsend & Polatajko, 2013). Pour développer de nouvelles occupations, l'environnement offre des opportunités et des ressources à l'enfant. En fonction de ses capacités, il va observer, repérer et imiter les occupations les plus utiles dans son environnement pour ensuite s'y engager et les expérimenter (Davis & Polatajko, 2006; Townsend & Polatajko, 2013; Wiseman et al., 2005). Toutes les notions évoquées ci-dessus sont intégrées dans un modèle de processus de développement occupationnel (PECO) (Wiseman et al., 2005).



* The rectangles are the process stages which children appear to go through as they initiate new occupations, and continue, cease or transform current ones; the arrows indicate the direction of the process that emerged from the interviews. The shaded ovals represent the four categories of reasons that influence the process of establishing children's occupations at any stage. It is suggested that across the lifespan, an individual will go through this process hundreds of times, both simultaneously and consecutively, while being influenced by many different reasons; i.e., occupational development.

Figure 1 : Schéma du PECO : « *Process for Establishing Children's Occupations* » (Wiseman, J. O., Davis, J. A., & Polatajko, H. J., 2005)

Ce modèle a été proposé par Wiseman et al (2005) à partir d'une recherche qualitative exploratoire auprès de parents et enfants de 6 à 12 ans, qui fait toujours référence aujourd'hui (figure 1). Il a été élaboré à partir de l'histoire et du répertoire occupationnel des enfants, et articule les différents éléments mis en avant dans la littérature.

Il a été expérimenté dans le cadre de travaux d'étudiants, à partir d'entretiens réalisés avec les enfants et les parents, auprès de populations d'enfants grands prématurés de 3 à 8 ans et d'enfants avec développement typique de 6 à 12 ans (Cossette, 2012; St-Jean, 2016).

2.3 Co-occupations

Au niveau micro-occupationnel, le développement des occupations chez l'enfant se fait à travers la participation des parents par une guidance verbale ou physique entraînant une modification de la tâche, correspondant à un étayage occupationnel (décrit par Primeau dans Wiseman et al., 2005). Le parent accompagne son jeune enfant dans ses premières actions, ce qui lui permet de développer ses compétences dans l'occupation. Ces situations correspondent aux co-occupations.

Pierce (2009) définit la co-occupation comme « *une occupation hautement interactive entre les occupations de deux individus* ». Elle correspond à des occupations partagées entre deux personnes ou plus. Ce concept a d'abord été décrit avec les mères et leur nourrisson avant d'être étendu à d'autres situations d'occupations. Le niveau de participation de chacun étant variable dans les co-occupations, elles peuvent être classées selon un continuum allant des occupations sociales parallèles (être à coté sans interaction) à des occupations de fortes inter-relations sociales (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009; Pierce, 2009). Lors des co-occupations entre parent et enfant, les actions de l'un façonnent et influencent celles de l'autre, permettant le développement de nouvelles compétences chez le parent et par la suite chez l'enfant (Gee et al., 2021; Olson, 2006; Pickens & Pizur-Barnekow, 2009; Pierce, 2009; Price & Stephenson, 2009; Townsend & Polatajko, 2013). Ainsi, à la naissance de son bébé, un jeune parent qui va changer une couche expérimente une nouvelle occupation. En fonction des réactions de l'enfant, le parent ajuste ses propres réactions et ses gestes. Avec le temps, l'enfant devient plus actif, il participe aux mouvements en suivant les gestes initiés par son parent et développe ainsi de nouvelles compétences occupationnelles. C'est également un moment de partage relationnel, de paroles du parent adressé à son bébé, en réponse ou

déclencheur de sourires, gazouillis voire pleurs. La co-occupation du change est donc une expérience personnelle où le parent, comme l'enfant, sont engagés, participent, observent et soutiennent les actions de l'autre en apportant des compétences personnelles cognitives, physiques et affectives.

Deux études, centrées sur les dyades parent-bébé (Gee et al., 2021; Pickens & Pizur-Barnekow, 2009), explorent trois composantes partagées des co-occupations : physicalité, intentionnalité, émotionnalité, décrites comme un continuum. Lorsque le comportement moteur d'une personne est directement lié à celui de l'autre, cela correspond à la *physicalité partagée*. L'*émotionnalité partagée* se produit quand une personne est sensible au ton émotionnel de l'autre. Et enfin, l'*intentionnalité partagée* se produit quand le rôle et l'objectif de l'autre sont compris au cours de l'occupation. Ces trois caractéristiques seraient toujours présentes dans une co-occupation mais à des niveaux différents, l'un pouvant être plus intense que l'autre (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009). L'allaitement, par exemple, est caractéristique de l'implication de chacun des partenaires, parent et nourrisson, sur le plan de la physicalité, puisque cette co-occupation nécessite le contact physique entre eux à travers le portage et la tétée. Le comportement de chacun permet de déduire l'implication dans l'intentionnalité même si le niveau de compréhension de l'enfant n'est pas évident à ce stade. Et l'émotionnalité se traduit notamment à travers les échanges de regard. Ces trois composantes sont observables au cours de la co-occupation à travers des indicateurs définis par les auteurs (Gee et al., 2021; Pickens & Pizur-Barnekow, 2009). Dans les co-occupations des dyades mère-enfant, la composante physique est au premier plan à 8 mois, puis diminue au fur et à mesure que les compétences physiques de l'enfant se développent et qu'il devient plus actif et indépendant physiquement dans la co-occupation. L'intentionnalité et l'émotionnalité partagées augmentent en durée entre 8 et 16 mois au cours des temps de co-occupations de jeu observés (Gee et al., 2021).

Ces recherches illustrent l'évolution du niveau de participation de l'enfant et donc du parent, au cours des co-occupations partagées, en fonction du développement de nouvelles compétences chez l'enfant. De même, l'objectif donné à ces co-occupations peut être variable pour chacun. Par exemple, lors du temps de l'apprentissage du vélo, l'objectif du parent est la réussite pour une autonomisation de son enfant et la possibilité de faire des longues

promenades en vélo en famille. Pour l'enfant, l'objectif sera de pouvoir faire du vélo avec ses copains (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009).

Ainsi, les co-occupations, par la construction de compétences occupationnelles qu'elles permettent, sont un élément majeur du développement occupationnel des enfants (Price & Stephenson, 2009).

2.4 Mesure du développement occupationnel à travers les co-occupations

L'étude des occupations des personnes peut se faire à partir de divers outils, utilisés par des ergothérapeutes. L'objectif de ces outils est de mesurer les difficultés occupationnelles rencontrées par les personnes interrogées dans leur vie quotidienne, pour évaluer les situations de handicap et ensuite prioriser et co-construire les objectifs de soins en ergothérapie (Faure & Galbiati, 2019; Rodger, 2010; Smet & Lucas, 2019; Townsend & Polatajko, 2013). A travers des entretiens semi-directifs ou des questionnaires, ces outils explorent plusieurs domaines occupationnels (soins personnels, loisirs, productivité). La personne interrogée peut indiquer sa performance dans l'occupation c'est-à-dire sa capacité à l'exécuter, préciser un éventuel besoin d'aide technique ou humaine, l'importance qu'elle donne à chaque occupation, et son niveau de satisfaction dans la réalisation de celle-ci. A partir des réponses, les ergothérapeutes peuvent établir un répertoire occupationnel, c'est-à-dire la liste des occupations réalisées actuellement par la personne dans sa vie quotidienne.

Voici plusieurs exemples d'outils adaptés aux enfants, succinctement présentés, par fréquence d'utilisation en France :

- *MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel* (Law et al., 2014) : outil basé sur un entretien semi-directif qui permet de définir les problèmes occupationnels d'une personne, qui évalue également l'importance de cette occupation, son rendement (capacité à réaliser parfaitement) et sa satisfaction sur la façon d'exécuter.

- *Paediatric Activity Card Sort (PACS)* (Polatjko et Davis, 2010 ; Cossette, 2012) : validé entre 5 et 14 ans, pour la population canadienne, utilisable à partir de 3 ans. L'enfant va trier 75 photos d'activités en fonction de celles qu'il fait, aimerait faire et ne fait pas. Il indique les 5 plus importantes pour lui et celles qu'il aimerait pouvoir faire. Les activités sont organisées en 4 groupes : soins personnels, scolarité/productivité, loisirs/activités sociales, sports.

- *COSA : Child Occupational Self Assessment* (Parkinson et al., 2017; Université de Laval, 2022) : auto-questionnaire pour les enfants de moins de 17 ans, comporte 25 items sur les activités quotidiennes, ciblant la compétence occupationnelle et le degré d'importance.

- *SCOPE : Short Child Occupational Profile* (Parkinson et al., 2017; Université de Laval, 2022) : outil de dépistage pour évaluer la participation occupationnelle des enfants de 0-21 ans, à partir de l'observation de l'enfant, d'un entretien avec l'enfant ou des membres de son entourage.

- *PIP : Pediatric Interest Profiles* (Parkinson et al., 2017; Université de Laval, 2022), mesure l'intérêt et la participation dans les activités de jeux et de loisirs : activités créatives, sportives ou extérieures. Trois profils de questions selon l'âge (6-9 ans, 9-12 ans et 12-21 ans), pour les plus jeunes : « avec qui, à quelle fréquence et aimes-tu cette activité ? ».

- *MHAVIE : Mesure des Habitudes de VIE* (Fougeyrollas, 2022; Fougeyrollas et al., 2004) est un questionnaire pour personnes avec déficiences et incapacités, adapté à tout contexte culturel. Pour les enfants, il existe deux versions : 0-4 ans et 5-13 ans. Elle explore 12 habitudes de vie réparties entre activités courantes et rôles sociaux et indique un profil de participation sociale, avec les plus perturbées et les moins satisfaisantes.

- Il existe également de nombreux outils qui mesurent les compétences occupationnelles dans des situations d'observation en situation réelle : habiletés de la personnes (motrices, opératoires ou d'interactions), conditions environnementales.

Ces différents outils évaluent donc des occupations réalisées habituellement à travers des entretiens ou questionnaires adressés aux enfants directement ou aux parents pour les plus jeunes. Ils ciblent tous la mise en avant de difficultés-problèmes occupationnels. Peu d'outils sont adaptés aux jeunes enfants en dessous de 6 ans et aucun ne ciblent spécifiquement les co-occupations. Dans la MHAVIE, les activités où l'enfant ne fait pas seul du fait de son âge ou par choix familial sont côtés « ne s'applique pas ».

Dans ce contexte, il est important de noter que la plupart des recherches sur le développement occupationnel ou les occupations des enfants concernent une population avec des pathologies, des handicaps ou des interventions en ergothérapie (Folha & Barba, 2020). Par exemple, le *Mothers Time Use Questionnaire* (MTUQ, Gevir et al., 2006) créé en 2002 par Magnezi et Paruch dans une recherche israélienne, il permet de mesurer le temps passé par les mères avec leur enfant de 2 à 11 ans. Ce questionnaire vise à évaluer l'équilibre

occupationnel des mères avec enfant en situation de handicap. Il permet de comparer le temps consacré aux co-occupations parent-enfant avec leurs autres occupations, associé à leur satisfaction. Nous ne retrouvons pas d'autre utilisation de cet outil depuis 2006.

Dans le cadre de recherches, l'*Occupational Repertoire Development Measure-Parent, ORDM-P* (Njelesani et al., 2020) a récemment été expérimenté lors d'une recherche analytique descriptive auprès de 29 ergothérapeutes et de 27 parents d'enfants avec et sans handicap. Ce questionnaire interroge les parents d'enfants entre 2 et 12 ans sur ce que l'enfant fait, ce qu'il devrait faire et sur le développement de ses occupations (capacité à réaliser et à s'engager).

La plupart de ces outils, utilisés en recherche, sont des questionnaires destinés aux parents, d'enfants d'âge scolaire, pour lister les occupations faites par l'enfant et son niveau de participation ou d'aide. Ces différents outils traduisent des formes de mesures variées des occupations, co-occupations et répertoire occupationnel mais tous à travers des recueils directs auprès de la population étudiée par observations ou entretien. Ils n'ont pas été expérimentés auprès des jeunes enfants de moins de 2 ans et ne ciblent pas spécifiquement les co-occupations parent-enfant.

2.5 Facteur parental dans les co-occupations

Comme nous l'avons vu précédemment, le développement occupationnel des enfants est constamment lié à leur contexte environnemental. L'environnement familial influence particulièrement le développement micro-occupationnel. Quand un enfant a peu d'opportunités pour expérimenter des occupations, cela va avoir un impact sur le développement de ses compétences, qui sera évalué à travers le niveau de développement dans différents domaines : cognitif, sensoriel, moteur, affectif (Rodger & Ziviani, 2006).

La posture parentale auprès de l'enfant, dès la naissance, est donc un facteur environnemental majeur dans le développement des occupations. Cela se traduit à travers les co-occupations parent-enfant ; à la fois dans le type d'occupation, l'engagement du parent et sa satisfaction à le faire (Gunnarsson et al., 2021; Olson, 2006). La notion de maternage ou « *mothering* » est une occupation primaire qui comprend les soins et relations auprès du nourrisson et jeune enfant. Il n'est pas exclusivement le rôle de la mère ou du père. En effet, les tâches ménagères et les soins des enfants se répartissent entre les deux parents, même si

les femmes passent plus de temps à s'occuper des enfants que les hommes (Champagne et al., 2015; Primeau, 2000; Sepulveda, 2019).

De même, le parent acteur de co-occupation va lui-aussi être influencé par différents facteurs environnementaux, parmi lesquels nous retrouvons les facteurs socio-économiques, la composition familiale, le statut migratoire, les conditions de logement...

Par exemple, le modèle familial évolue dans la société depuis les années 1980-90. La composition familiale se diversifie : moins de mariage, plus de familles recomposées ou mono-parentales, moins de familles nombreuses. Les femmes ont augmenté leur temps passé au travail, et les emplois du temps entre hommes et femmes sont plus proches, tant par rapport au travail que dans la répartition des tâches domestiques et parentales (Champagne et al., 2015). Ainsi, le temps de disponibilité de chacun des parents auprès de leur enfant est influencé directement par leur activité professionnelle. Le nombre et l'âge des enfants sont également des facteurs à prendre en compte. En effet, le temps consacré aux enfants de moins de 3 ans est deux fois supérieur à celui des autres enfants (Champagne et al., 2015). En France, 50% des enfants sont gardés par un de leur parent qui ne travaille pas (Blanpain, 2006). Lorsqu'un parent travaille à temps plein, la durée hebdomadaire passée dans des co-occupations avec son enfant est réduite par rapport aux parents qui ne travaillent pas (Rodger & Ziviani, 2006). Les enfants qui ne sont pas gardés par leurs parents, le sont soit par une assistante maternelle (17%), en crèche (10%) ou par une autre personne dont les grands-parents (Blanpain, 2006). Ces différents modes de garde offrent alors des opportunités de co-occupations variables aux enfants.

Les valeurs et représentations parentales influencent les attentes qu'ils ont envers leur enfant et se traduisent notamment à travers les occupations proposées aux enfants (Davis & Polatajko, 2006; Smet & Lucas, 2019; Wiseman et al., 2005). Par exemple, un parent pour qui la lecture est une valeur importante, va s'attacher à proposer des livres, lire des histoires précocement à son enfant.

De même, les parents réfléchissent et proposent un cadre ajusté pour les occupations des enfants en étant attentif à la sécurité, en choisissant des jeux ou objets adaptés au niveau de développement de leur enfant, en adaptant leur comportement pour le soutenir et l'encourager. Pour les enfants, cela soutient leur participation, leur niveau d'habileté perçue, dans l'activité (Wiseman et al., 2005).

2.6 Influence de la dépression parentale

2.6.1 Dépression parentale : caractéristiques et prévalence

Les troubles mentaux sont reconnus comme un problème de santé publique important en raison de la souffrance psychique qu'ils entraînent et de ses répercussions nocives sur la vie sociale et familiale des personnes. Dans le monde, la dépression représente à elle seule la troisième cause d'années de vie vécues avec incapacité, et la principale parmi l'ensemble des troubles mentaux (Liu et al., 2020).

Dans la dernière édition du manuel de référence du diagnostic des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual - DSM-V, 2013*), publiée par l'Association de Psychiatrie Américaine, les critères d'un épisode dépressif sont définis tels que, au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été observés la plupart du temps, durant au moins deux semaines consécutives, et impacter la vie quotidienne et sociale de la personne concernée : une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir, une variation de poids et/ou de l'appétit significative en l'absence d'un régime, des troubles du sommeil, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une fatigue ou une perte d'énergie, un sentiment de dévalorisation de soi ou une culpabilité excessive, des difficultés à penser et à se concentrer, des pensées morbides ou des idées suicidaires. Il est précisé que ces symptômes ne doivent pas être attribuables à une autre condition médicale, à la consommation de substances ou à un événement de vie négatif, tel qu'un deuil par exemple. La dépression en période postpartum n'est pas caractérisée par un diagnostic distinct de celui de la dépression en dehors de la période périnatale.

En France, comme dans d'autres pays, la dépression est prévalente. En 2017, 9,8% des Français de 15 à 75 ans ont vécu une dépression au cours des douze mois précédant l'enquête (trois millions de personnes), et près d'une personne sur cinq (19 %) des Français du même âge ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie (huit millions de personnes), (Fond et al., 2019; Léon et al., 2018).

Bien que la dépression concerne les deux parents, la plupart des recherches s'intéressent uniquement à la dépression maternelle, quelquefois au père et plus rarement aux deux parents ensemble. Pierce et al. (2020) ont relevés dans leur méta-analyse sur la santé mentale parentale que toutes les études retenues s'intéressent aux troubles de santé

mentale maternelle dont 17% aux troubles mentaux des deux parents et 42% axées sur la période périnatale.

La dépression parentale présente un aspect dynamique et évolutif qui nécessite de prendre en compte l'environnement, les facteurs culturels et les déterminants sociaux (Barkin & Wisner, 2013). La dépression a une étiologie multifactorielle, comprenant des facteurs de risques génétiques et biologiques, des expériences défavorables dans l'enfance et des caractéristiques psychologiques – en particulier la vulnérabilité aux événements de vie indésirables et les capacités d'adaptation. Les facteurs de risques identifiés le plus fréquemment sont le sexe féminin, l'âge (les plus jeunes, moins de 45 ans), le veuvage ou divorce, le stress (effet bidirectionnel dans les situations de maladies chroniques), l'exposition à des violences physiques pendant l'enfance, la violence du partenaire intime à l'égard des femmes, un faible niveau d'éducation, la situation de chômage, les revenus faibles, des symptômes dépressifs dans le passé (Fond et al., 2019; Horwath et al., 1992; Köhler et al., 2018; Léon et al., 2018; Manning & Gregoire, 2006). Les problèmes de santé mentale augmentent le risque de difficultés socio-économiques, de perte d'emploi et de conflits au sein du couple.

Plusieurs études ont mis en avant une association entre la dépression de chaque parent, avec un effet cumulatif de la dépression du partenaire. Le phénomène dépressif chez un parent peut être associé un faible soutien au sein du couple et à la fois diminué le soutien donné à son partenaire au sein du couple. Cette co-morbidité peut être identifiée comme une vulnérabilité majorée à la dépression de l'autre (Barandon et al., 2021; Barbic et al., 2021; Nakamura et al., 2020; Paulson & Bazemore, 2010; Wee et al., 2011). Ces mêmes facteurs sont associés à des résultats négatifs chez les enfants (Manning & Gregoire, 2006).

2.6.2 Conséquences de la dépression parentale

En 2005, il a été estimé qu'environ 1,6 millions d'enfants français âgés de moins de 20 ans vivaient dans une famille au sein de laquelle au moins un parent avait un trouble mental.

Bien que les conséquences de la dépression maternelle sont plus étayées par la littérature que celles d'une dépression paternelle (Barbic et al., 2021; Cabe Barandon, 2021; Jardri, 2004; Olson, 2006; Ruble et al., 1990; Sethna et al., 2018; Sloop et al., 2016), l'impact de la dépression parentale sur les enfants a été étudié autour de plusieurs domaines du développement de l'enfant. Les quelques publications sur les troubles chez les deux

parents montrent que la dépression paternelle a un effet plus faible que la dépression maternelle (Connell & Goodman, 2002; Manning & Gregoire, 2006). Néanmoins, lorsque ses deux parents ont des troubles psychiatriques, l'impact sur l'enfant est encore plus important (Gottesman et al., 2010).

Les études consultées semblent montrer l'effet négatif de la chronicité et de la sévérité des symptômes dépressifs sur le développement des enfants d'âge scolaire (Kingston & Tough, 2014; Manning & Gregoire, 2006; van der Waerden et al., 2017).

Une méta-analyse (M. Pierce et al., 2020) met en avant une augmentation du risque d'accidents et de blessures avant 6 ans, en lien avec la capacité de la mère dépressive à surveiller les enfants mais qui s'améliore avec l'entrée à l'école. La dépression parentale induit donc une présence moins soutenue du parent dans les occupations de l'enfant qui nécessitent une surveillance. Un effet léger à modéré a été mis en évidence sur le développement global des enfants, le développement cognitif et langagier, le comportement et le développement socio-émotionnel (Kingston & Tough, 2014; Manning & Gregoire, 2006; van der Waerden et al., 2017). Des recherches mettent en avant des déficits cognitifs significatifs et durables mesurés par un QI (quotient intellectuel) plus faible chez les enfants avec mère dépressive, particulièrement lors de symptômes de dépression chronique (Charandabi et al., 2017; Connell & Goodman, 2002; Manning & Gregoire, 2006; Olson, 2006; van der Waerden et al., 2017). On retrouve également des problèmes d'attention et de TDAH (Troubles déficits de l'attention/hyperactivité) (Charandabi et al., 2017). Néanmoins, le statut socio-économique élevé semble avoir un effet protecteur sur le développement cognitif des enfants de mères avec une dépression du post-partum (Manning & Gregoire, 2006).

La dépression parentale augmente les problèmes d'interactions parent-enfant. Certaines recherches mettent en avant que les symptômes dépressifs entraînent des difficultés d'attention, de la fatigue, une attitude plus auto-centrée avec une diminution de la réactivité et de la sensibilité du parent aux réactions de son enfant, et donc un certain retrait émotionnel (Charandabi et al., 2017; Gunnarsson et al., 2021; Manning & Gregoire, 2006; Olson, 2006; Sepulveda, 2019). Ces éléments entraînent des interactions parent-enfant moins optimales et moins d'engagement dans les activités familiales (Charandabi et al., 2017; Gunnarsson et al., 2021; Manning & Gregoire, 2006; Olson, 2006; Sepulveda, 2019; Sethna et al., 2018).

Les parents décrivent moins de plaisir à réaliser leurs occupations quotidiennes ainsi que moins de satisfaction à les avoir faites (Gunnarsson et al., 2021). Cela se traduit par une réduction du nombre d'occupations, des difficultés à faire des activités avec et pour leur enfant et une diminution de l'implication dans les activités de l'enfant (Gunnarsson et al., 2021; Olson, 2006; Sepulveda, 2019; Sethna et al., 2018).

Le lien de la dépression avec la perspective occupationnelle est plus souvent faite dans le cadre de recherches autour des interventions en ergothérapie (Barbic et al., 2021). Ces études tentent de montrer une association entre l'intervention ergothérapique auprès des parents dépressifs et l'amélioration de l'engagement parental dans les occupations et de la participation du parent dépressif dans les activités de vie quotidienne (AVQ) avec son enfant. Elles soulignent également la nécessité de créer ou d'améliorer les opportunités de co-occupations chez les parents et les nourrissons/tout-petits, en particulier ceux qui ont des difficultés mentales, physiques ou cognitives chroniques ou aiguës (Barbic et al., 2021; Olson, 2006; Price & Stephenson, 2009) .

3 Question de recherche

La littérature relève que 20% d'enfants ont un parent présentant un trouble mental et confirme le besoin que la recherche s'intéresse aux liens entre dépression parentale et troubles du développement chez l'enfant (Pierce et al., 2020). En effet, ce sujet, relevant de l'interdisciplinarité, est en plein essor et nous avons besoin de plus d'études épidémiologiques décrivant ce lien, ainsi que les facteurs y contribuant. C'est ce que nous proposons dans ce travail. Etant donné l'importance du rôle de parent dans le développement occupationnel des enfants, que nous venons de décrire, il est donc particulièrement important de s'intéresser aux effets possibles de leur santé mentale sur le développement des occupations des enfants.

Alors, existe-t-il une association entre la dépression parentale et le processus de développement occupationnel des enfants entre la naissance et 6 ans ?

Le développement occupationnel en tant que processus dynamique est influencé par de nombreux facteurs que nous avons cités (Townsend & Polatajko, 2013; Wiseman et al.,

2005). Le contexte environnemental fait partie intégrante du processus, notamment sur le versant micro-occupationnel. Parmi les facteurs environnementaux, le rôle des adultes, et principalement des parents, est essentiel puisque ce sont eux qui vont proposer des occupations aux enfants leur permettant d'expérimenter et de développer de nouvelles occupations. Selon l'organisation familiale, l'enfant va avoir des occupations partagées avec sa mère, son père, les deux en même temps, d'autres personnes telles que celles qui le gardent. La répartition des occupations partagées avec chaque adulte peut donc varier entre les enfants. Les co-occupations adulte-enfant au sein de la famille se composent des soins donnés à l'enfant, des activités diverses proposées par les parents et qu'ils vont partager directement ensemble autour des trois caractéristiques : physicalité, émotionnalité et intentionnalité (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009).

Comme nous l'avons vu, le développement occupationnel en tant que résultat se mesure le plus souvent à travers le répertoire occupationnel (O'Brien & Kuhaneck, 2019; Rodger, 2010; Townsend & Polatajko, 2013). Plus l'enfant est jeune, moins il a de possibilité d'exprimer son point de vue sur ses propres occupations, cela passe par ses parents. Pour les nourrissons et jeunes enfants, il se compose essentiellement de co-occupations. En effet, toutes les occupations de leur vie quotidienne se font avec ou en présence d'un adulte, à proximité directe ou dans une autre pièce lors des siestes ou nuits. L'étude du développement occupationnel dès la naissance demande de s'intéresser au répertoire occupationnel à travers les types d'occupations partagées (différents soins et activités). Pour établir le répertoire occupationnel des jeunes enfants, le recueil des co-occupations parent-enfant peut donc se faire auprès des parents.

Le sens de chacune de ces co-occupations pour le parent se traduit notamment par son intérêt et son niveau de satisfaction à les faire, à y participer. Ces éléments permettent une représentation du niveau d'implication émotionnelle du parent lors des co-occupations. Or, intérêt et satisfaction dans les occupations sont des domaines pouvant être impactés par la dépression parentale (Gunnarsson et al., 2021 ; Olson, 2006).

Nous avons vu que le développement comme la dépression sont liés à plusieurs facteurs de risques et que la dépression parentale, quel que soit le parent concerné, est associée à différents domaines du développement de l'enfant (Charandabi et al., 2017; Gunnarsson et al., 2021; Horwath et al., 1992; Köhler et al., 2018; Manning & Gregoire, 2006).

La dépression parentale se traduit par une diminution de l'investissement émotionnel dans les activités familiales et du nombre d'occupations, par un retrait, voire un évitement des relations avec les autres. Comme décrit précédemment, l'émotionnalité et l'intentionnalité d'un partenaire d'une co-occupation influence l'émotionnalité et l'intentionnalité de l'autre. Lors de co-occupations parent-enfant, ces caractéristiques participent au développement des compétences de l'enfant au cours des co-occupations.

4 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de comparer les co-occupations de l'enfant et leur évolution dans des familles avec et sans dépression parentale entre la naissance et les 6 ans de l'enfant.

Les objectifs secondaires : nous souhaitons montrer :

- que la dépression parentale entraîne une réduction du nombre de co-occupations parent-enfant par rapport au nombre de co-occupations parent-enfant d'un parent non dépressif,
- qu'un parent dépressif a moins d'intérêt et de satisfaction à partager des occupations avec son enfant comparé avec un parent non-dépressif,
- quels facteurs environnementaux modèrent significativement le développement occupationnel de l'enfant à travers les co-occupations des parents déprimés ou non.

5 Méthode

5.1 Design et population de l'étude

Notre question de recherche sera répondue à partir d'une étude exploratoire basée sur les données collectées auprès de la cohorte ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance) qui a pour objectif général d'étudier les déterminants du développement, de la santé et de la socialisation des enfants de la naissance à l'âge adulte (Charles et al., 2020). Elle regroupe plusieurs équipes de chercheurs d'orientations diverses (sciences sociales, santé, environnement) autour de différents aspects de la vie des enfants. Les thèmes de recherche couvrent les changements dans l'environnement des enfants des dernières décennies (nouvelles technologies, modèle familial, polluants exogènes, activité physique...) mis en

relations avec plusieurs domaines de développement (cognitif, langage, socio-affectif, intégration sociale et maladies de l'enfance).

Les parents et enfants ont été recrutés dans 320 maternités de France métropolitaine choisies de manière aléatoire, au cours de quatre périodes réparties sur l'année 2011. Les critères d'inclusion dans la cohorte sont les naissances vivantes simples ou gémellaires à 33 semaines de gestation, de mère âgée d'au moins 18 ans, sans projet de quitter la France métropolitaine dans les 3 ans et le consentement éclairé signé par les parents ou la mère seule, le père étant informé de son droit de refuser le consentement à la participation. Les documents d'informations et de consentement ont été fournis en français, arabe, turc ou anglais, langues les plus couramment parlées par les mères donnant naissance en France (Charles et al., 2020).

Cinquante et un pourcent (18 040) des mères contactées ont accepté de participer à l'étude, soit 18 329 enfants (289 paires de jumeaux). A 3,5 ans, 16 015 participants étaient éligibles aux questionnaires et 12 032 ont répondu. Le suivi était plus intensif au cours de la petite enfance avec des entretiens téléphoniques avec les deux parents à 2 mois, 1 et 2 ans, puis 1 parent à partir de 3,5 ans, le plus souvent la mère, étant identifiée comme « parent référent ». Les pères sont régulièrement sollicités et peuvent également être « parent référent ». Les enquêtes auprès des parents se font par des entretiens téléphoniques, questionnaires postaux ou par internet, grâce à des enquêteurs professionnels. Les médecins de proximité et enseignants sont également sollicités ; ainsi que les enfants directement à partir de 3,5 ans (figure 2). A certaines étapes, des échantillons biologiques, dont les dents de lait, et des mesures environnementales sont proposées.

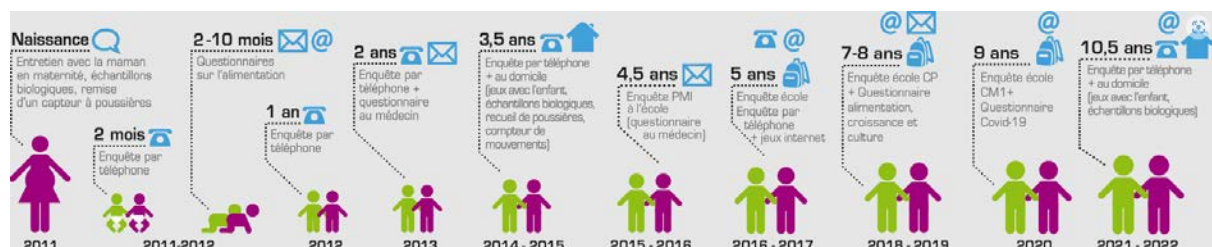


Figure 2 : Les grandes étapes de l'étude ELFE. (<https://www.elfe-france.fr/>)

Le recueil des données a été validée sur le plan éthique par différents comités selon le type de données collectées : CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information

en matière de Recherche dans le domaine de la Santé), CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté), CPP (Comité de Protection des Personnes), CNIS (Conseil National de l'Information Statistique).

Pour l'étude présente, nous allons utiliser les données de questionnaire recueillies entre 2 mois et 5,5 ans en excluant les enfants avec pathologie grave de neurodéveloppement diagnostiquée avant 1 an, ceux pour lesquels nous n'avons pas une mesure de notre principal indicateur de co-occupation, ainsi que les parents pour lesquels nous n'avons pas les données de dépression parentale.

5.2 Outils

Dans un premier temps, nous avons exploré les 13 questionnaires proposés de la naissance à 7 ans. La découverte de ces outils a nécessité de tous les lire, qu'ils soient adressés à la mère, au père, à l'enfant, à la PMI ou à l'école. Pour un âge donné, le contenu des questionnaires de la mère et du père ne sont pas tout à fait les mêmes.

A partir du millier de pages des questionnaires proposés aux parents dans ELFE, nous avons isolé les items faisant références à une ou plusieurs composantes de la notion de co-occupations. Ces éléments sont tirés de différentes parties des questionnaires et les parents n'ont pas été interrogés sur ces items à la suite les uns des autres. A partir de cette première sélection et en regard des références de la littérature, nous avons fait une seconde sélection de données.

Dans la figure 3, les grands domaines de données retenues entre 2 mois et 5,5 ans, sont synthétisés et identifiés par couleurs, les cases vides indiquent l'absence de données sur ce temps de recueil pour un domaine. Ainsi, en lien avec les co-occupations, nous retenons les domaines suivants : activités faites en présence de l'enfant et d'un parent (soins et activités), items prenant en compte les notions de satisfaction dans la répartition des soins entre les parents et de motivation/intérêt du parent pour plusieurs soins. De plus, nous utiliserons des éléments de mesure de santé mentale parentale et relatifs au développement de l'enfant, qui sont différents selon les moments de recueil.

2 mois	1 an	2 ans	3.5 ans	5.5 ans
Soins de l'enfant (qui le fait ?) le nourrir, le laver, le changer		Soins de l'enfant (qui le fait ?) le nourrir, le laver, le changer	Activités soins personnel (qui l'accompagne) s'habiller, se brosser les dents	Activités soins personnels (qui l'accompagne) s'habiller, se brosser les dents
Activités faites avec l'enfant Chanter, parler, jouer	Activités faites avec l'enfant Chanter, parler, jouer	Activités faites avec l'enfant Chanter, parler, jouer	Activités faites avec l'enfant Chanter, parler, jouer	Activités faites avec l'enfant Chanter, parler, jouer
Satisfaction de la répartition des soins entre parents		Satisfaction de la répartition des soins entre parents		Satisfaction de la répartition des soins entre parents
Motivation à faire les différents soins	Motivation à faire les différents soins			
Mesure de santé mentale 2 parents EPDS	Mesure de santé mentale 2 parents EPDS	Mesure de santé mentale 2 parents SF-12		Mesure de santé mentale 2 parents K6
Mesures du développement de l'enfant	Mesures du développement de l'enfant	Mesures du développement de l'enfant	Mesures du développement de l'enfant	Mesures du développement de l'enfant

Figure 3 : Grands domaines de données retenues entre 2 mois et 5,5 ans

5.2.1 Variables dépendantes

Elles correspondent aux domaines en lien avec les co-occupations : soins de l'enfant associés à la satisfaction et à la motivation du parent, activités faites avec l'enfant (les items sont issus des questionnaires adressés aux mères). Nous constatons que certains items correspondent tout à fait au concept de co-occupation que nous avons défini précédemment.

Concernant les soins de l'enfant, les items présents à 2 mois, suite à la question « *Depuis votre retour de la maternité, pouvez-vous me dire qui se charge durant la semaine* », sont au nombre de 7 (changer l'enfant, lui donner à manger, le coucher, le laver/donner le bain, le promener, le lever la nuit s'il pleure, l'emmener chez le médecin). Chaque item est coté sur une échelle de 1 à 7 selon la personne qui le réalise, en indiquant les personnes présentes lors de ces co-occupations : enfant + 1 ou 2 adultes et lesquels (1- toujours vous, 2- le plus souvent vous, 3- vous et votre conjoint, 4- le plus souvent votre conjoint, 5- toujours votre conjoint, 6- toujours ou le plus souvent quelqu'un d'autre, 7- pas concerné).

A 2 ans, cette question compte 5 items cotés de la même manière : 4 co-occupations similaires (lui donner à manger, le coucher, le laver/donner le bain et se lever la nuit s'il pleure) ; puis 1 nouveau : l'emmener sur son lieu de garde.

A 3,5 et 5,5 ans, nous relevons 4 questions sur les soins de l'enfant formulées différemment « *ce matin, pouvez-vous me dire qui s'est occupé de choisir ses vêtements, de l'habiller, de le coiffer, de lui laver les dents* », la cotation ayant 8 critères constants (lui/elle seul(e), lui/elle avec l'aide de sa mère, lui/elle avec l'aide de son père, lui/elle avec l'aide de votre conjoint(e), sa mère seule, son père seul, votre conjoint(e) seul(e), quelqu'un d'autre) et quelques-uns spécifiques aux questions (ses vêtements n'ont pas spécialement été choisis ; il ne se coiffe jamais ; dents- lui avec l'aide de son père et de sa mère et lui avec l'aide de sa mère et de son conjoint).

Pour le domaine des activités faites avec l'enfant, elles sont mesurées dans le cadre des pratiques éducatives. Toutefois, tous les éléments ne sont pas questionnés à chaque âge et pas toujours sous la même forme. L'évolution des questions peut être liée à l'évolution du niveau de développement de l'enfant ainsi qu'à son niveau de participation possible, correspondant au contenu des activités et occupations, qui évoluent dans le temps, et donc au développement occupationnel, comme l'illustre l'exemple suivant autour de l'activité livre.

- A 1 an : « *Nous allons évoquer les activités que vous faites avec votre enfant : lui lisez-vous des livres d'histoires ou d'images ?* » : réponse de type : souvent/ de temps en temps/ rarement ou jamais.

- A 3,5 ans : « *Au cours du mois dernier, est-il arrivé que vous ou votre conjoint vous fassiez les activités suivantes avec votre enfant à la maison : relire un album en lui faisant retrouver des morceaux d'histoire ou des mots* » : réponse de type OUI ou NON.

- A 5,5 ans : « *Quand vous êtes avec votre enfant, vous arrive-t-il de faire avec lui/elle les activités suivantes : relire un album en lui faisant retrouver des morceaux d'histoire ou des mots* » : réponse de type OUI ou NON.

Le détail des activités interrogées se trouve dans l'ANNEXE 1. Ces items sont issus de questionnaires non validés et vont nécessiter une analyse factorielle pour déterminer les indicateurs à retenir. Quelques-uns de ces items ont été utilisés dans d'autres études et permet d'avoir des premiers éléments, concernant le plus souvent la mère.

Pour les items de 2 ans, un rapport sur les activités physiques et usages des écrans (Gassama et al., 2018) a analysé les deux questions portant sur la fréquence des activités extérieures faites avec la mère : « *Fait-il/elle des promenades avec vous ?* » et « *Fait-il/elle des jeux ou activités physiques (ballons, piscine, etc.) avec vous ?* ». Ils relèvent que la moitié

des mères font souvent une promenade avec leur enfant, un peu plus d'un quart tous les jours et presque un quart occasionnellement/jamais. La fréquence diminue pour les activités physiques avec moitié des mères qui n'en font qu'occasionnellement ou jamais. Les auteurs ont identifié des facteurs en lien avec ces données comme la saison, le temps de travail de la mère et la présence de fratrie.

La satisfaction globale du parent dans la répartition des soins de l'enfant, interrogée à 2 mois, 2 ans et 5,5 ans, est évaluée par une seule question pour tous les soins « *Concernant les soins des enfants, êtes-vous satisfaite de la répartition des tâches entre vous et votre conjoint ?* » ; selon une échelle de Likert de 4 critères (1- très satisfait, 2- plutôt satisfait, 3- plutôt insatisfait, 4- très insatisfait).

Ce que nous qualifions de **motivation/intérêt du parent dans certains soins** de l'enfant est questionné à 2 mois et 1 an « *Pour les activités suivantes, vous diriez que* » à travers 6 items (donner le bain à votre enfant, lui couper les ongles, le moucher, changer ses couches, le soigner en cas d'irritation, le nourrir) et mesurés selon 4 critères (1- vous aimez le faire, 2- vous le faites parce que vous êtes obligée, 3- vous évitez de le faire vous-même, 4- sans objet).

5.2.2 Variables indépendantes

La dépression parentale est mesurée par plusieurs outils au cours de l'enquête.

Aux 2 mois de l'enfant, la dépression du post-partum est évaluée par l'**Edinbourg Postnatal Depression Scale (EPDS)**. Cette échelle a été élaborée en 1987 par Cox (Cox et al., 1987) avec une validation française en 1998 (Guedeney & Fermanian, 1998; Jardri, 2004; Teissedre & Chabrol, 2004). L'EPDS est un auto-questionnaire de 10 items s'intéressant au ressenti du sujet au cours des sept derniers jours. Pour chaque question, quatre réponses étaient proposées, cotées de 0 à 3, dans l'ordre croissant ou décroissant selon les items (Non, pas du tout : 0, presque jamais : 1, oui, parfois : 2, oui, très souvent : 3). Le score total était constitué de la somme des réponses aux items, variant de 0 à 30 (ANNEXE 2). Un seuil de 12 points a été retenu dans la population française pour le dépistage des dépressions majeures du post-partum chez les mères (Guedeney & Fermanian, 1998 ; Teissedre & Chabrol, 2004) ainsi qu'un seuil de 10 points chez les pères (Edmondson et al., 2010).

Dans la cohorte ELFE, à 2 mois, 83% de parents non dépressifs, 10% des mères et 5.7% des pères présentaient des symptômes dépressifs ainsi que les deux parents pour 1.3% (Nakamura et al., 2020).

Le second outil utilisé à **1 an est le questionnaire d'auto-évaluation SF12**, une version courte du SF36 mesurant la qualité de vie perçue (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, Ware et al., 1996). Le questionnaire est introduit par la phrase « *Les questions suivantes portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront d'avoir une meilleure idée de ce que vous ressentez dans votre vie quotidienne* ». Cette phrase est suivie de 12 questions regroupées en 8 dimensions définissant des sous-échelles (ANNEXE 3) : fonctionnement physique, limitations de rôles dues à des problèmes de santé physique, douleurs corporelles, santé générale, vitalité (énergie/fatigue), fonctionnement social, limitations de rôles dues à des problèmes émotionnels et santé mentale. Ces 12 items permettent d'obtenir deux scores : qualité de vie physique (Physical Component Summary-PCS 12) et qualité de vie mentale (Mental Component Summary-MCS 12), pour obtenir un score total compris entre 0 (pire état de santé) et 100 (meilleur état de santé), avec une moyenne de 50 et un écart-type de 10 habituellement retenu (Ware, 2002). Nous utiliserons le score MSC12 pour indiquer la détresse psychologique des deux parents.

Cabe Barandon (2021) retrouve qu'un score faible des mères à la composante de santé mentale du SF12 est associée au score faible de santé physique du SF12, à un score de risque à l'EPDS de la mère et du père.

Enfin, à **2 ans et 5,5 ans**, l'outil d'évaluation de santé mentale utilisé est le **K6 : Kessler Psychological Distress Scale** (Kessler et al., 2003), qui est une échelle de dépistage de la détresse psychologique non spécifique. Il s'agit d'un auto-questionnaire portant sur les symptômes associés à la dépression et à l'anxiété au cours des 30 derniers jours. Il comprend 6 items cotés selon une échelle de Likert à 5 points (jamais à tout le temps), cotés de 0 à 4 pour un score total allant de 0 à 24 (Kessler et al., 2010) (ANNEXE 4). Un score de 9 à 12 est utilisé pour indiquer une détresse modérée, bien qu'un score égal ou supérieur à 13 indique la probabilité d'une maladie mentale grave. Les pourcentages de parents obtenant des résultats supérieurs à ces seuils n'ont pas encore été testés dans la cohorte ELFE.

Il nous semble important de prendre en compte le **facteur de niveau de développement de l'enfant**. Les différents domaines de développement de l'enfant interrogés dans les questionnaires n'ont pas encore été explorés afin de définir lequel sera le plus pertinent.

5.2.3 Facteurs de confusion, de modération

A partir de la littérature, différents facteurs associés aux co-occupations et à la dépression parentale sont identifiés. Parmi ces potentiels facteurs de confusion, figurent :

- **des facteurs socio-démographiques des parents**, tels que leur âge à la naissance de l'enfant, nationalité, statut migratoire, situation familiale et maritale, niveau d'éducation, situation financière, statut d'emploi et temps de travail, mode de garde de l'enfant, type de logement (Blanpain, 2006; Champagne et al., 2015; Charandabi et al., 2017; Charles et al., 2020; Gassama et al., 2018; Horwath et al., 1992; Köhler et al., 2018; Manning & Gregoire, 2006). Le statut socio-économique semble avoir un effet protecteur sur le développement cognitif des enfants de mères avec dépression du post-partum (Manning & Gregoire, 2006), certains parlent plus d'un effet indirect de la dépression parentale, en augmentant la vulnérabilité aux effets négatifs du faible statut socio-économique (Charandabi et al., 2017).

- **des facteurs liés à la santé**: des antécédents de dépression ou de problèmes de santé mentale ; des problèmes de santé chroniques (Horwath et al., 1992; Köhler et al., 2018; M. Pierce et al., 2020).

- **des caractéristiques liées à l'enfant** : telles que l'allaitement à la maternité, le petit poids de naissance par âge gestationnel, la présence d'une hospitalisation depuis la naissance, la fratrie, l'âge et le sexe de l'enfant, qui est identifié comme un facteur de modération (Gassama et al., 2018; van der Waerden et al., 2017; Wee et al., 2011). Plusieurs études identifient des effets négatifs plus fréquents chez les garçons que chez les filles, notamment sur le QI (Quotient intellectuel), sur les troubles du comportement (Manning & Gregoire, 2006; M. Pierce et al., 2020), ainsi que des occupations différentes proposées par les parents (Gassama et al., 2018).

5.2.4 Analyse

Une première étape consisterait à définir plus précisément les différents indicateurs de la co-occupation ainsi que de la santé mentale des parents et du développement de l'enfant. Quand les indicateurs auront été précisément définis, nous pourrions identifier le

nombre de familles exclues du fait de données manquantes. Nous comparerons d'abord notre population finale (participants) avec la population de données manquantes (non participants) sur différentes caractéristiques pour identifier l'impact sur la représentativité de notre population finale.

Nous pourrons ensuite réaliser une analyse descriptive des données statistiques et définir le modèle statistique adapté pour une analyse multivariée, selon la population retenue, pour mesurer les facteurs qui influencent la répartition des co-occupations en fonction du statut de dépression des parents.

Nous rechercherons également quelles solutions seront possibles pour une analyse longitudinale : l'analyse de trajectoires, des Modèles mixtes-GEE ou Latent Transition Analysis.

6 Conclusion

Cette première étape de revue de littérature a nécessité d'explorer, en parallèle, les données des cohortes EDEN et ELFE, toutes deux accessible au laboratoire ERES, pour identifier quelle cohorte comportait les données les plus appropriées au domaine du développement occupationnel et à la fois les données de littérature permettant d'argumenter ces choix.

L'étape prioritaire en début de stage de deuxième année de master sera la détermination plus précise des âges et données à retenir pour notre étude. Ensuite, la population retenue, avec les indicateurs définis, nous permettra de construire précisément la démarche d'analyse des données.

7 Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition (DSM-V)). American Psychiatric Pub.
- Barandon, S., Balès, M., Pambrun, E., Melchior, M., C-Glanceaud-Freudenthal, N. M., Van der Waerden, J., Verdoux, H., & Sutter-Dallay, A.-L. (2021). Maternal post-natal depressive symptoms at 2 months : Effects of French antenatal preventive measures in the E.L.F.E. cohort. *Journal of Affective Disorders*, 293, 238-244. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.055>
- Barbic, S. P., MacKirdy, K., Weiss, R., Barrie, A., Kitchin, V., & Lepin, S. (2021). Scoping Review of the Role of Occupational Therapy in the Treatment of Women With Postpartum Depression. *Annals of International Occupational Therapy*, 4(4). <https://doi.org/10.3928/24761222-20210921-02>
- Barkin, J. L., & Wisner, K. L. (2013). The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery*, 29(9), 1050-1055. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.10.001>
- Blanpain, N. (2006). Garder et faire garder son enfant. In *Données sociales—La société française* (INSEE références, p. 77-83).
- Cabe Barandon, S. (2021). *Prévention en période anténatale en France : Facteurs associés et effets sur la santé mentale et la qualité de vie maternelle en période postnatale* (NNT:2021BORD0373 tel-03596654) [Médecine humaine et pathologie]. Université de Bordeaux.
- Champagne, C., Pailhé, A., & Solaz, A. (2015). Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : Quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? *Économie et Statistique*, 478-479-480.
- Charandabi, S. M.-A., Mirghafourvand, M., & Sanaati, F. (2017). The Effect of Life Style Based Education on the Fathers' Anxiety and Depression During Pregnancy and Postpartum Periods : A Randomized Controlled Trial. *Community Mental Health Journal*, 53(4), 482-489. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0103-1>
- Charles, M. A., Thierry, X., Lanoe, J.-L., Bois, C., Dufourg, M.-N., Popa, R., Cheminat, M., Zaros, C., & Geay, B. (2020). Cohort Profile : The French national cohort of children (ELFE): birth to 5 years. *International Journal of Epidemiology*, 49(2), 368-369j. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz227>

- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 746-773. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.746>
- Cossette, A. (2012). *Développement occupationnel chez l'enfant prématuré : Perception de l'enfant et du parent* [Ergothérapie, Université du Québec]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/4487/1/030314283.pdf>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Davis, J. A., & Polatajko, H. J. (2006). The occupational development of children. In *Rodger S., Ziviani J. Occupational therapy with children : Understanding children's occupations and enabling participation* (p. 136-157). Blackwell Publishing Ltd.
- Davis, J. A., & Polatajko, H. J. (2010). N'oubliez pas le répertoire : La méta-question occupationnelle. *Actualités ergothérapeutiques*, 20-22.
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period : Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 365-368. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.069>
- Faure, H., & Galbiati, C. (2019). *Comprendre l'ergothérapie auprès des enfants*. ANFE.
- Folha, D. R. da S. C., & Barba, P. C. de S. D. (2020). Knowledge production on occupational therapy and childhood occupations : A literature review. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(1), 227-245. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1758>
- Fond, G., Lancon, C., Auquier, P., & Boyer, L. (2019). Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : Une revue systématique de la littérature. *La Presse Médicale*, 48(4), 365-375. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.12.004>
- Fougeyrollas, P. (2022, juin 25). *Modèle MDH-PPH*. Réseau international sur le Processus de production du handicap. <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/>
- Fougeyrollas, P., Lepage, C., & Noreau, L. (2004). *MHAVIE version (4.0) adolescents, adultes, aînés, révisé en 2014, Québec RIPPH*.

- Gassama, M., Bernard, J., Dargent-Molina, P., & Charles, M.-A. (2018). *Activités physiques et usage des écrans à l'âge de 2 ans chez les enfants de la cohorte Elfe* (p. 24) [Analyse statistique et rapport]. Direction générale de la Santé.
- Gee, B. M., Troy, L., Aubuchon-Endsley, N., & Ramsdell-Hudock, H. L. (2021). Infant and Maternal Co-Occupational Patterns : A Retrospective Descriptive Cohort Study. *Annals of International Occupational Therapy*, 4(3). <https://doi.org/10.3928/24761222-20201202-03>
- Gevir, D., Goldstand, S., Weintraub, N., & Parush, S. (2006). A Comparison of Time Use between Mothers of Children with and without Disabilities. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 26(3), 117-127. <https://doi.org/10.1177/153944920602600305>
- Gottesman, I. I., Laursen, T. M., Bertelsen, A., & Mortensen, P. B. (2010). Severe Mental Disorders in Offspring With 2 Psychiatrically Ill Parents. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 252. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.1>
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13(2), 83-89. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0)
- Gunnarsson, A. B., Hedberg, A.-K., Håkansson, C., Hedin, K., & Wagman, P. (2021). Occupational performance problems in people with depression and anxiety. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1882562>
- Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G., & Weissman, M. (1992). Depressive Symptoms as Relative and Attributable Risk Factors for First-Onset Major Depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 817-823. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100061011>
- Jardri, R. (2004). Le dépistage de la dépression postnatale : Revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Devenir*, 16(4), 245. <https://doi.org/10.3917/dev.044.0245>
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S.-L. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003).

- Screening for Serious Mental Illness in the General Population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, M., Furukawa, T. A., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C.-Y., Lara, C., Lee, S., Mneimneh, Z., Myer, L., Oakley-Browne, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Viana, M. C., & Zaslavsky, A. M. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale : Results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(S1), 4-22. <https://doi.org/10.1002/mpr.310>
- Kingston, D., & Tough, S. (2014). Prenatal and Postnatal Maternal Mental Health and School-Age Child Development : A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 18(7), 1728-1741. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1418-3>
- Köhler, C. A., Evangelou, E., Stubbs, B., Solmi, M., Veronese, N., Belbasis, L., Bortolato, B., Melo, M. C. A., Coelho, C. A., Fernandes, B. S., Olfson, M., Ioannidis, J. P. A., & Carvalho, A. F. (2018). Mapping risk factors for depression across the lifespan : An umbrella review of evidence from meta-analyses and Mendelian randomization studies. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 189-207.
- Law, M. C., McColl, M. A., Carswell, A., Pollock, Baptiste, S., Polatajko, H. J., & Association Canadienne des ergothérapeutes. (2014). *La mesure canadienne du rendement occupationnel*. COAT.
- Léon, C., Chan Chee, C., Roscoät, E., & Groupe Baromètre santé 2017. (2018). La dépression en france chez les 18-75 ans : Résultats du Baromètre Santé 2017. *Bulletin d'Epidémiologie hebdomadaire*, 32-33, 637-644.
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017 : Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Manning, C., & Gregoire, A. (2006). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 5(1), 10-12. <https://doi.org/10.1383/psyt.2006.5.1.10>

- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie [Application/pdf]. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 13-28. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- Nakamura, A., Sutter-Dallay, A.-L., El-Khoury Lesueur, F., Thierry, X., Gressier, F., Melchior, M., & van der Waerden, J. (2020). Informal and formal social support during pregnancy and joint maternal and paternal postnatal depression : Data from the French representative ELFE cohort study. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 431-441. <https://doi.org/10.1177/0020764020911409>
- Njelesani, J., Davis, J. A., & Pontes, T. (2020). Occupational Repertoire Development Measure – Parent (ORDM-P) : Face validity, comprehensiveness, and internal consistency. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 326-333. <https://doi.org/10.1177/0308022619885247>
- O'Brien, J., & Kuhaneck, H. M. (2019). *Case Smith's Occupational therapy for children and adolescents* (8ème édition). Elsevier.
- Olson, L. (2006). When a Mother Is Depressed : Supporting Her Capacity to Participate in Co-Occupation with Her Baby-A Case Study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(3-4), 135-152. https://doi.org/10.1300/J004v22n03_09
- OMS (Éd.). (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF* (Organisation Mondiale de la Santé).
- Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2017). *MOHOST: outil d'évaluation de la participation occupationnelle* (G. Mignet, Trad.). De Boeck Supérieur.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression : A Meta-analysis. *JAMA*, 303(19), 1961. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Pickens, N. D., & Pizur-Barnekow, K. (2009). Co-occupation : Extending the dialogue. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 151-156. <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686656>
- Pierce, D. (2009). Co-occupation : The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203-207. <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686663>

- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (M.-C. Morel-Bracq, Trad.). De Boeck Supérieur.
- Pierce, M., Hope, H. F., Kolade, A., Gellatly, J., Osam, C. S., Perchard, R., Kosidou, K., Dalman, C., Morgan, V., Di Prinzio, P., & Abel, K. M. (2020). Effects of parental mental illness on children's physical health : Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 217(1), 354-363. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.216>
- Price, P., & Stephenson, S. M. (2009). Learning to promote occupational development through co-occupation. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 180-186. <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686660>
- Primeau, L. (2000). Divisions of household work, routines, and child care occupations in families. *Journal of Occupational Science*, 7(1), 19-28.
- Rodger, S. (2010). *Occupation centred practice with children : A practical guide for occupational therapists*. Wiley-Blackwell.
- Rodger, S., & Ziviani, J. (2006). *Occupational Therapy with Children : Understanding Children's Occupations and Enabling Participation* (Vol. 22). Blackwell Publishing Ltd. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07380570802244605>
- Ruble, D. N., Fleming, A. S., Stangor, C., Brooks-Gunn, J., Fitzmaurice, G., & Deutsch, F. (1990). Transition to Motherhood and the Self : Measurement, Stability, and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 450-463.
- Sepulveda, A. (Apple). (2019). A Call to Action : Addressing Maternal Mental Health in Pediatric Occupational Therapy Practice. *Annals of International Occupational Therapy*, 2(4), 195-200. <https://doi.org/10.3928/24761222-20190813-02>
- Sethna, V., Murray, L., Edmondson, O., Iles, J., & Ramchandani, P. G. (2018). Depression and playfulness in fathers and young infants : A matched design comparison study. *Journal of Affective Disorders*, 229, 364-370. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.107>
- Slootjes, H., McKinstry, C., & Kenny, A. (2016). Maternal role transition : Why new mothers need occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(2), 130-133. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12225>
- Smet, N., & Lucas, C. (2019). Occupational therapy view of child development. In O'Brien J., Kuhaneck H., dans *Case Smith's Occupational therapy for children and adolescents* (8ème édition, p. 76-121). Elsevier.

- St-Jean, M. (2016). *Validation d'un modèle du processus de développement des occupations chez les enfants* [Ergothérapie]. Université du Québec.
- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères : Dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*, 30(4), 376-381. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95451-6](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95451-6)
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (N. Cantin, Trad.; 2ème). CAOT publications ACE.
- Université de Laval. (2022, juin 25). *Outils d'évaluation*. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- van der Waerden, J., Bernard, J. Y., De Agostini, M., Saurel-Cubizolles, M.-J., Peyre, H., Heude, B., Melchior, M., & for The EDEN Mother-Child Cohort Study Group. (2017). Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN mother-child cohort. *Depression and Anxiety*, 34(2), 105-117. <https://doi.org/10.1002/da.22552>
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey : Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical care*, 34(3), 220-233. <https://doi.org/10.2307/3766749>
- Ware, J. E., Kosinski, Mark. ., Keller, Susan D. ., QualityMetric Incorporated. ., New England Medical Center Hospital. ., Health Assessment Lab. ., (2002). *SF-12 : How to score the SF-12 physical and mental health summary scales*. QualityMetric Inc. ; Health Assessment Lab; /z-wcorg/.
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers : A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 358-377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.019>
- Wiseman, J. O., Davis, J. A., & Polatajko, H. J. (2005). Occupational Development : Towards an Understanding of Children's Doing. *Journal of Occupational Science*, 12(1), 26-35. <https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686545>
- Ziviani, J., & Rodger, S. (2006). Environmental influences on children's participation. In Rodger S., Ziviani J. *Occupational therapy with children : Understanding children's occupations and enabling participation* (p. 41-66). Blackwell Publishing Ltd.

8 Annexes

ANNEXE 1

Tableau des activités parentales faites avec l'enfant hors soins entre 2 mois et 5,5 ans, extraites des questionnaires de la cohorte ELFE

	Maternité	2 mois	1an	2 ans	3,5ans	5,5 ans	7,5 ans
0_2_Mère							
0_2_Père							
3_5_ Référent					p75 O/N	p136 O/N	
5_5_					x musique	x	
est ce que vous chantez des chansons à		x	x 1=souvent				
1 tous les jours							
2 de temps en temps							
3 jamais							
est ce que vous parlez à		x	~rester calm parler				
1 tous les jours							
2 de temps en temps							
3 jamais							
1 à3 Faites vous des petits jeux (cache cache; jeu construction; manipulation)			x				
1 à3 lui lisez vous des livres d'histoire et image			x		x + relire/ret x + relire		
1 à3 faites vous avec lui des dessins et des gribouillis			x		x		
1 à3 regardez vous avec lui la télé ou un écran			x				
1 à3 restez vous calmement avec lui en lui parlant			x				
1 à3 faites vous des jeux avec son corps (chatouiller; masser; faire sauter)			x				
Faites vous des activités avec votre enfant			x				
Laquelle?							
relire un album en lui faisant retrouver des morceaux d'histoire ou des mots					x	x	
le faire compter ou réciter des chiffres					x	x + alphabet	
lui faire recopier des lettres ou des mots					x	x	
faire un puzzle avec lui					x	x	
découpage						x	
jouer à un mémoire, jeux de mémoire						x	
ranger sa chambre ou ses affaires						x	
faire du vélo						x	
jouer à la balle, ballon						x	
jouer à des jeux vidéos						x	
7_AutoQ							
Combien de temps votre enfant passe-t-il à faire des activités physiques avec vous							x p9
1 à 9							
jamais-> +2H/sem							
Quel type d'activité							x
1à10 Propositions							

ANNEXE 2

EPDS : extrait du questionnaire ELFE à 2 mois

« Il y a des moments dans la vie où on peut se sentir plus ou moins bien et c'est particulièrement vrai avec l'arrivée d'un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. »

BBL1

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler vous avez pu rire et prendre les choses du bon côté

- 1 Aussi souvent que d'habitude
- 2 Pas tout à fait autant
- 3 Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
- 4 Absolument pas
- 8 [Refus]

BBL2

Toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler, vous vous êtes sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- 1 Aussi souvent que d'habitude
- 2 Pas tout à fait autant
- 3 Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
- 4 Absolument pas
- 8 [Refus]

BBL3

Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

- 1 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 3 Pas très souvent
- 4 Non, jamais
- 8 [Refus]

BBL4

Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- 1 Non, pas du tout
- 2 Presque jamais
- 3 Oui, parfois
- 4 Oui, très souvent
- 8 [Refus]

BBL5

Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- 1 Oui, vraiment souvent
- 2 Oui, parfois
- 3 Non, pas très souvent
- 4 Non, pas du tout
- 8 [Refus]

BBL6

Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous avez eu tendance à vous sentir dépassée par les événements

- 1 Oui, la plupart du temps, vous vous êtes sentie incapable de faire face aux situations
- 2 Oui, parfois, vous ne vous êtes pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 3 Non, vous avez pu faire face à la plupart des situations
- 4 Non, vous vous êtes sentie aussi efficace que d'habitude
- 8 [Refus]

BBL7

Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie si malheureuse que vous avez eu des problèmes de sommeil

- 1 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 3 Pas très souvent
- 4 Non, jamais
- 8 [Refus]

BBL8

Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie triste ou peu heureuse

- 1 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 3 Pas très souvent
- 4 Non, jamais
- 8 [Refus]

BBL9

Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie si malheureuse que vous en avez pleuré

- 1 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 3 Seulement de temps en temps
- 4 Non, jamais
- 8 [Refus]

BBL10

Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal

- 1 Oui, très souvent
- 2 Parfois
- 3 Presque jamais
- 4 Jamais
- 8 [Refus]

ANNEXE 3

SF-12 : extrait du questionnaire ELFE à 1 an

« Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. »

SF121

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Passable
- 5 Mauvaise

« Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel. »

SF122

Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules

- 1 Oui, beaucoup limitée
- 2 Oui, un peu limitée
- 3 Non, pas du tout limitée

SF123

Monter plusieurs étages par l'escalier

- 1 Oui, beaucoup limitée
- 2 Oui, un peu limitée
- 3 Non, pas du tout limitée

« Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique : »

SF124

Avez-vous accompli MOINS DE CHOSES que vous l'auriez souhaité ?

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Quelque fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SF125

Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Quelque fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

« Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé). »

SF126

Avez-vous accompli MOINS DE CHOSES que vous l'auriez souhaité ?

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Quelque fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SF127

Avez-vous fait ce que vous aviez à faire avec moins de soin et d'attention que d'habitude ?

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Quelque fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SF128

Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- 1 Pas du tout
- 2 Un petit peu
- 3 Moyennement
- 4 Beaucoup
- 5 Enormément

« Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où: »

SF129

Vous vous êtes sentie calme et détendue ?

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Quelque fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SF1210

Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Quelque fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SF1211

Vous vous êtes sentie triste et déprimée ?

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Quelque fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

SF1212

Au cours des quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- 1 En permanence
- 2 Très souvent
- 3 Quelque fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

ANNEXE 4

K6 : extrait du questionnaire ELFE à 2 ans

« Je vais vous poser maintenant quelques questions vous concernant et qui portent sur la façon dont vous vous êtes sentie au cours des 30 derniers jours. » « Combien de fois avez-vous eu le sentiment ? »

(Toutes les modalités doivent être citées à chaque fois que l'enquêteur les reprend dans sa lecture de la question)

NERV

D'être nerveux (nerveuse)

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Quelquefois
- 4 Rarement
- 5 Jamais
- 8 Refus

DESESP

D'être désespérée

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Quelquefois
- 4 Rarement
- 5 Jamais
- 8 Refus

AGITE

D'être agitée ou incapable de rester en place

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Quelquefois
- 4 Rarement
- 5 Jamais
- 8 Refus

EFFORT

Que tout vous demandait un effort

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Quelquefois
- 4 Rarement
- 5 Jamais
- 8 Refus

RIEN

De n'être bon(ne) à rien

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Quelquefois
- 4 Rarement
- 5 Jamais
- 8 Refus

SENTIM

Est-ce que vos réponses pour les 30 derniers jours représentent bien vos sentiments habituels ou était-ce une période particulière pour vous ?

- 1 Vos sentiments habituels
- 2 Une période particulière pour vous