

Université de Montréal

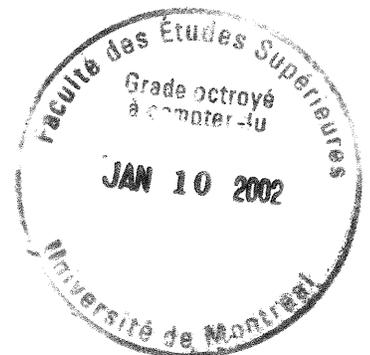
Taille de la fratrie, rang de naissance, sexe
des membres de la fratrie, intervalle intergénéral et
difficultés de comportement chez des enfants âgés
de 4 à 11 ans

par Jacques D. Marleau
Département de psychiatrie
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences biomédicales

septembre 2001

© Jacques D. Marleau, 2001



W

4

U58

2002

v. 010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Taille de la fratrie, rang de naissance, sexe
des membres de la fratrie, intervalle intergénéral et
difficultés de comportement chez des enfants âgés
de 4 à 11 ans

par

Jacques D. Marleau

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jean-Jacques Breton	président du jury
Jean-François Saucier.....	directeur de recherche
Lise Bergeron.....	membre du jury
Jean Toupin.....	examineur externe

Thèse acceptée le :

4 / 12 / 01

Sommaire

Trois questions sont à la base de cet ouvrage. La première vise à vérifier si des différences existent entre les *enfants uniques* et *ceux ayant des frères et/ou des sœurs* pour certaines difficultés de comportement et dimensions de la relation mère-enfant et si le fait de vivre seul ou non, de même que la qualité de la relation mère-enfant prédisent les difficultés de comportement des enfants. La deuxième question consiste à examiner si les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant des *premiers-nés* sont différents de celles des *seconds-nés* de *mêmes familles*. Le sexe des enfants et l'intervalle intergénéral est également considérée lors de ces comparaisons. La troisième question porte sur l'examen des compositions fraternelles de un, deux et trois enfants dans le but de déterminer quelles sont les plus et les moins à risque en termes de difficultés de comportement et d'implication maternelle. Chaque question fait l'objet d'un article. Les données de la première Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) sont utilisées dans le cadre de cet ouvrage. L'ELNEJ est un projet longitudinal visant à recueillir des informations sur un échantillon représentatif des enfants canadiens pour améliorer leur condition de vie et leur bien-être. Notre étude se limite aux enfants dont la mère était le répondant durant l'enquête, ce qui correspond à 91.5% des ménages et dont tous les frères et sœurs étaient nés des mêmes parents vivant toujours ensemble.

Dans la première étude, les résultats bivariés montrent qu'en général, les enfants uniques ne présentent pas plus de difficultés de comportement que ceux ayant des frères et/ou des sœurs. Lorsque des différences significatives sont notées, elles indiquent que les filles ayant des frères et/ou des sœurs manifestent plus de *symptômes d'agressivité* que les enfants uniques. En terme de relation mère-enfant, les filles et les garçons uniques ont plus *d'interactions positives* (dans toutes les catégories d'âge) et moins *d'interactions punitives et hostiles* (dans certaines catégories d'âge) avec leur mère que les filles et les garçons non uniques. Les analyses multivariées révèlent toutefois que le fait d'être un enfant unique augmente le nombre de *symptômes d'hyperactivité* chez les filles de 8 et 9 ans et les garçons de 4 à 9 ans. Des interactions avec les *comportements hostiles employés par la mère* sont aussi notées. Par exemple, les données sur l'hyperactivité indiquent qu'en présence d'un faible nombre de comportements hostiles de la mère, le score moyen chez les filles non uniques (de 6 à 7 ans et de 10 à 11 ans) est supérieur à celui des filles uniques; on constate toutefois l'inverse lorsque les comportements hostiles augmentent (le score des enfants uniques est supérieur). Le mérite de cet article est d'avoir examiné l'effet des interactions, contrairement aux recherches réalisées antérieurement.

La seconde étude porte sur les différences entre les premiers-nés et les seconds-nés de même sexe de fratries de deux enfants. L'apport de cet article est de comparer *des enfants de mêmes fratries* et de tenir compte du

sexe des enfants et de l'intervalle intergénéral dans les analyses. Les données des *fratries masculines* (garçon – garçon) et *féminines* (fille – fille) montrent que les premiers-nés manifestent plus de *symptômes intériorisés* et qu'ils ont moins *d'interactions positives* avec leur mère que les seconds-nés. De plus, chez les fratries masculines, on constate que les seconds-nés font plus de *crimes contre la propriété* alors que dans les fratries féminines, les seconds-nés présentent plus de *symptômes d'hyperactivité*. Les données sur les intervalles intergénéral montrent qu'on retrouve plus de différences lorsque l'espacement est de plus de 2 ans (comparativement à 2 ans et moins). De plus, les données indiquent qu'en général, l'enfant qui reçoit le plus de comportements hostiles de la part de sa mère manifestera le plus de difficultés de comportement.

Le troisième article porte sur des scores de pathologie globale calculés pour 14 compositions fraternelles (garçon (g); fille (f); gg; gf; fg; ff; ggg; ggf; gfg; ggf; fff; ffg; fgf; gff). Les compositions fraternelles sont considérées *en tant qu'unité de comparaison* afin de permettre de déterminer lesquelles sont les plus à risque. Les résultats indiquent que les scores globaux de pathologie des compositions fraternelles varient selon les difficultés de comportement examinés. Les fratries ggf sont celles présentant en moyenne le plus de symptômes intériorisés et d'agressivité indirecte, les fratries gg font en moyenne plus de crimes contre la propriété et celles composées d'un seul garçon obtiennent plus de symptômes d'hyperactivité.

Un score global des relations mère-enfant a aussi été calculé. Les résultats montrent que la fratrie ggf est la plus problématique pour les comportements hostiles et la fratrie gff pour les comportements punitifs. Les données révèlent une certaine concordance entre les agrégats de symptômes extériorisés (cumul de l'hyperactivité, l'agressivité et des crimes contre la propriété) et les agrégats de comportements maternels négatifs (cumul des comportements hostiles et punitifs de la mère) en fonction des compositions fraternelles. On observe un peu moins de concordance pour les agrégats de symptômes intériorisés.

Ces trois études soulignent l'importance de tenir compte des caractéristiques de la fratrie lorsqu'on examine les difficultés de comportement des enfants, ainsi que les dimensions de la relation mère-enfant. L'aspect innovateur des trois méthodologies employées doit être encouragé afin de comprendre le mieux possible les associations entre les variables de la fratrie et les difficultés de comportements des enfants.

Mots clés : difficultés de comportement, rang de naissance, taille de la fratrie, sexe des membres de la fratrie, intervalle intergénéral, enfant unique, enfant non unique, premier-né, second-né, composition fraternelle, comportements maternels hostiles, comportements maternels punitifs, agrégation familiale

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	xii
Liste des sigles et des abréviations	xvi
Remerciements	xvi
Avant-propos	xix
Introduction	1
Recension des écrits	3
La taille de la fratrie	3
Les recherches cliniques	3
Les recherches épidémiologiques	6
Synthèse des recherches sur la taille de la fratrie	11
Explications avancées	14
Le rang de naissance	20
Les recherches cliniques	21
Les recherches épidémiologiques	23
Synthèse des recherches sur le rang de naissance	24
Explications avancées	25
Combinaison entre la taille de la fratrie et du rang de naissance	30
Les recherches cliniques	30
Les recherches épidémiologiques	31
Synthèse des recherches	32
Explications avancées	32
Le sexe des membres de la fratrie	33
Les recherches cliniques	33
Les recherches épidémiologiques	35
Synthèse des recherches sur le sexe des membres de la fratrie	36
Explications avancées	36
Intervalle intergénérisique	39
Les recherches cliniques	39
Les recherches épidémiologiques	40
Synthèse des recherches sur l'intervalle intergénérisique	41

Explications avancées	41
Agrégats des problèmes de santé mentale dans la fratrie	41
Les recherches cliniques	42
Les recherches épidémiologiques	43
Synthèse des recherches	44
Explications avancées	45
Contribution des recherches cliniques et épidémiologiques	46
Cadre théorique	49
Le modèle transactionnel	50
Plan de travail	52
Méthodologie	62
Présentation générale de l'ELNEJ	63
Travaux antérieurs effectués à partir des données de l'ELNEJ	64
Les informateurs	64
Les critères de la psychopathologie	68
Les variables à l'étude	75
Les analyses statistiques	84
Premier article	86
Résumé	88
Introduction	90
Méthodologie	96
Description de l'enquête	96
Population retenue pour les analyses	97
Les variables à l'étude	98
Hypothèses de travail	99
Les analyses statistiques	100
Résultats	101
Différences entre les enfants uniques et non uniques selon l'âge et le sexe pour les difficultés de comportement (analyses bivariées)	101
Différences entre les enfants uniques et non uniques selon l'âge et le sexe pour les comportements maternels (analyses bivariées)	102
Analyse de régression multiple selon l'âge et le sexe des enfants	104
Discussion	108

Conclusion	111
Références	114
Tableaux	119
Deuxième article	132
Résumé	134
Introduction	136
Recherches cliniques	136
Recherches épidémiologiques	138
Méthodologie	142
Description de l'enquête	142
Population retenue pour les analyses	143
Les variables à l'étude	144
Devis de la recherche et des analyses statistiques	146
Hypothèses de recherche	148
Résultats	150
Différences entre tous les premiers-nés et tous les seconds-nés pour les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant pour l'ensemble de l'échantillon (n= 1196 ménages)	150
Différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant selon les compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille	151
Différences entre les premiers-nés et les seconds-nés de chacune des deux compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille pour les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant lorsque l'intervalle intergénésiq ue est de 2 ans et moins	152
Différences entre les premiers-nés et les seconds-nés de chacune des deux compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille pour les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant lorsque l'intervalle intergénésiq ue est de plus de 2 ans	152
Association entre les comportements maternels et les difficultés de comportement des enfants	153
Discussion	155
Conclusion.....	160

Références.....	163
Tableaux.....	168
Troisième article	178
Résumé	180
Introduction	181
Recherches cliniques	181
Recherches épidémiologiques	182
Méthodologie	186
Description de l'enquête	186
Population à l'étude	186
Variables de l'étude	188
Devis de la recherche et des analyses statistiques	189
Résultats	192
Objectif 1 : Comparaison des compositions fraternelles selon la taille des fratries	192
Enfants de situation unique	192
Enfants de fratries de deux	193
Enfants de fratries de trois	194
Objectif 2 : Classement des agrégats des cinq difficultés de comportement et des trois dimensions de la relation mère- enfant selon les 14 compositions fraternelles	195
Objectif 3 : Concordance entre les agrégats de symptômes extériorisés/intériorisés des enfants et les agrégats de comportements maternels négatifs	196
Discussion	197
Conclusion	202
Références	204
Tableaux	206
Discussion générale	213
Taille de la fratrie (1 ^{er} article)	213
Rang de naissance, sexe des membres de la fratrie et intervalle intergénésiq ue (2 ^e article)	219

Agrégats de difficultés de comportement et des comportements Maternels (3 ^e article)	228
Conclusion	236
Références de l'ensemble de l'ouvrage	239
Annexes	257
Curriculum vitae abrégé	267

Liste des tableaux

Cadre théorique et méthodologie

Tableau 1.	Tableau synthèse des trois articles de la thèse	57
Tableau 2.	Synthèse des travaux publiés à partir des données de L'ELNEJ	65
Tableau 3.	Synthèse des cadres épistémologiques	74
Tableau 4.	Nombre d'enfants par groupe d'âge	76
Tableau 5.	Distribution des enfants uniques et non uniques selon l'âge et le sexe	77
Tableau 6.	Compositions fraternelles dans les familles de deux enfants	77
Tableau 7.	Compositions fraternelles dans les familles de trois enfants	78
Tableau 8.	Items composant les six facteurs des difficultés de comportement chez les enfants âgées de 4 à 11 ans	79
Tableau 9.	Les alphas de Cronbach des six facteurs	80
Tableau 10.	Items composant les quatre facteurs de la relation mère-enfant	82
Tableau 11.	Items composant l'échelle de dépression	83
Tableau 12.	Items composant l'échelle de fonctionnement de la famille	84

Article 1

Tableau 1.	Caractéristiques des enquêtes épidémiologiques ayant comparées des enfants uniques et non uniques	119
Tableau 2.	Corrélations entre les dimensions de la relation mère-enfant	121

Tableau 3.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportements des enfants âgés de 4 à 5 ans	122
Tableau 4.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportements des enfants âgés de 6 à 7 ans	122
Tableau 5.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportements des enfants âgés de 8 à 9 ans	123
Tableau 6.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportements des enfants âgés de 10 à 11 ans	123
Tableau 7.	Moyennes et écarts type des dimensions de la relation mère-enfant des enfants âgés de 4 à 5 ans	124
Tableau 8.	Moyennes et écarts type des dimensions de la relation mère-enfant des enfants âgés de 6 à 7 ans	124
Tableau 9.	Moyennes et écarts type des dimensions de la relation mère-enfant des enfants âgés de 8 à 9 ans	125
Tableau 10.	Moyennes et écarts type des dimensions de la relation mère-enfant des enfants âgés de 10 à 11 ans	125
Tableau 11.	Coefficients de régression non standardisés (standardisés) pour les modèles sur les symptômes d'hyperactivité	126
Tableau 12.	Coefficients de régression non standardisés (standardisés) pour les modèles sur les symptômes d'agressivité	127
Tableau 13.	Coefficients de régression non standardisés (standardisés) pour les modèles sur les symptômes intériorisés	128

Article 2

Tableau 1.	Fréquence des quatre compositions fraternelles des fratries de 2 enfants	168
Tableau 2.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les premiers-nés et les	

	seconds-nés (<i>ensemble de l'échantillon</i>)	168
Tableau 3.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les premiers-nés masculin et les seconds-nés masculins	169
Tableau 4.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les premiers-nés féminins et les seconds-nés féminins	169
Tableau 5.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les premiers-nés masculins et les seconds-nés masculins espacés de 2 ans et moins	170
Tableau 6.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les premiers-nés féminins et les seconds-nés féminins espacés de 2 ans et moins	170
Tableau 7.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les premiers-nés masculins et les seconds-nés masculins espacés de plus de 2 ans	171
Tableau 8.	Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les premiers-nés féminins et les seconds-nés féminins espacés de plus de 2 ans	171
Tableau 9.	Comportements hostiles de la mère et moyennes (écarts type) des différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportements	172
Tableau 10.	Comportements hostiles de la mère et moyennes (écarts type) des différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficulté de comportements (intervalle intergénésiq ue de 2 ans et moins)	173

Tableau 11.	Comportements hostiles de la mère et moyennes (écarts type) des différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportements (intervalle intergénéral de plus de 2 ans)	174
Tableau 12.	Interactions positives de la mère et moyenne (écarts type) des différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportement	175

Article 3

Tableau 1.	Scores moyens (écarts type) des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant parmi les fratries composées d'un seul enfant	206
Tableau 2.	Scores moyens (écarts type) des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant parmi les fratries composées de deux enfants	206
Tableau 3.	Scores moyens (écarts type) des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant parmi les fratries composées de trois enfants	207
Tableau 4.	Compositions fraternelles classées selon le score moyen des difficultés de comportement des enfants	208
Tableau 5.	Compositions fraternelles classées selon le score moyen des dimensions de la relation mère-enfant	209
Tableau 6.	Concordance entre les <i>agrégats de symptômes extériorisés</i> des enfants et les <i>agrégats de comportements maternels négatifs</i>	210
Tableau 7.	Concordance entre les <i>agrégats de symptômes intériorisés</i> des enfants et les <i>agrégats de comportements maternels négatifs</i>	210

Liste des sigles et des abréviations

ELNEJ :	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
NLSCY :	National Longitudinal Survey of Children and Youth
g :	garçon
f :	fille
gg :	garçon – garçon
gf :	garçon – fille
fg :	fille – garçon
ff :	fille – fille
ggg :	garçon – garçon – garçon
ggf :	garçon – garçon – fille
gff :	garçon – fille – fille
gfg :	garçon – fille – garçon
fgf :	fille – garçon – fille
fgg :	fille – garçon – garçon
ffg :	fille – fille – garçon
fff :	fille – fille – fille
LSD :	test « Least Significant Differences »
GH :	test de Games-Howell

Remerciements

Je désire remercier ma conjointe Martine Maheu pour les dernières années où elle a su, grâce à sa patience, vivre avec moi. De plus, je tiens à la remercier pour avoir lu ce document et mes nombreux articles de recherche au cours de la même période.

Je désire également remercier mes parents, Marcel et Ghislaine, pour m'avoir laissé faire ce que je voulais dans la vie et aussi pour leur très grande générosité. Je les remercie également d'avoir accepté la plupart de mes décisions de vie lors de la réalisation de cet ouvrage et de leur confiance impavide à mon égard.

En dernier lieu, je désire remercier mon directeur de recherche, le Dr Jean-François Saucier, qui m'a assisté durant ces six dernières années. Je tiens également à le remercier pour m'avoir accepté en tant que candidat non-boursier à l'époque et d'avoir cru en mes possibilités.

À ceux et celles qui m'ont écouté
au cours des six dernières années
(et il n'y en a pas eu beaucoup)

Avant-propos

L'intérêt pour plusieurs thèmes de recherche provient souvent de certaines caractéristiques propres aux chercheurs ou de leurs expériences présentes ou passées. Par exemple, le célèbre anthropologue Meyer Fortes (1974), s'est intéressé aux premiers-nés alors qu'il en était lui-même un. De même, la psychiatre Lisa Dixon (1997) s'est intéressée à l'impact de la maladie mentale dans les familles où l'on retrouve un ou plusieurs membres souffrant d'une psychopathologie, alors que son frère présentait un problème sévère de santé mentale. Des exemples de ce type sont légion dans la littérature scientifique.

Mon intérêt pour certaines caractéristiques de la fratrie (taille de la fratrie, sexe des membres de la fratrie, rang de naissance et intervalle intergénéral), et en particulier pour le statut d'enfant unique, provient du fait que je suis moi-même un enfant unique. L'absence de frère et sœur m'a amené à me poser plusieurs questions au cours des dernières années, ce qui a d'ailleurs influencé plusieurs de mes expériences de recherche jusqu'à maintenant (voir curriculum vitae abrégé à la fin de cet ouvrage). Le présent ouvrage ne fait pas exception et pose plusieurs questions portant sur certaines caractéristiques de la fratrie, les difficultés de comportement des enfants et les dimensions de la relation mère-enfant. Par exemple, est-ce que les enfants uniques présentent plus de symptômes intériorisés et/ou d'hyperactivité que les enfants ayant des frères et/ou des sœurs? Y a-t-il une

différence entre les premiers-nés et les seconds-nés de *même fratrie* relativement aux symptômes intériorisés? Les parents se comportent-ils de façon différente avec les enfants selon qu'ils soient seuls ou non? Existe-t-il des compositions fraternelles plus à risque en termes de difficultés de comportement des enfants? Ces quelques questions et plusieurs autres constituent le corps de ma thèse de doctorat et visent à apporter des réponses partielles à ces interrogations.

Les données présentées dans cet ouvrage méritent d'être approfondies dans le futur. Je compte poursuivre cette quête du savoir au cours des prochaines années en utilisant la perspective longitudinale de l'ELNEJ qui permettra de mieux saisir l'influence des caractéristiques de la fratrie dans le développement de certaines psychopathologies rencontrées plus fréquemment parmi les enfants et/ou les adolescents en lien avec les attitudes parentales employées.

Introduction

La recherche sur la famille au Canada a connu un essor important depuis quelques décennies. La cellule familiale est de plus en plus étudiée dans les études psychologiques, sociales et psychiatriques. La famille est le lieu où une panoplie de facteurs en interaction influencent le développement de l'enfant. Au cours des dernières années, la plupart des recherches, autant cliniques qu'épidémiologiques, ont tenté de vérifier si des associations existaient entre les facteurs familiaux et de nombreuses problématiques.

Surtout depuis les années 60, une multitude d'auteurs ont tenté d'évaluer le rôle de la taille de la fratrie et du rang de naissance des enfants sur une pléiade de comportements psychosociaux. L'intérêt pour le sexe des membres de la fratrie et pour l'intervalle intergénéral est beaucoup plus récent. Même si ces variables jouent certainement un rôle important, comme l'ont proposé plusieurs auteurs, peu de recherches s'intéressent spécifiquement à l'association entre ces variables et la *santé mentale des enfants*. La majorité des auteurs qui s'y sont attardés ne tenaient compte que d'une ou deux de ces variables à la fois et la plupart des recherches étudiaient une population *adulte*. Il est donc important de mieux connaître les liens entre ces quatre variables et les difficultés de comportement des enfants.

La section présente vise à faire la synthèse des résultats des recherches cliniques et épidémiologiques portant sur les quatre variables

mentionnées ci-dessus, à présenter les explications avancées pour comprendre certaines associations entre ces variables et la présence de psychopathologie chez les enfants et à exposer les critiques les plus importantes avancées jusqu'à maintenant par les chercheurs sur le sujet.

Recension des écrits

La taille de la fratrie

La taille de la fratrie (le nombre d'enfants dans une famille) est l'une des variables les plus étudiées dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie infantile, autant à partir d'échantillons cliniques qu'épidémiologiques. Compte tenu de la facilité à obtenir ce type d'information, on comprend aisément pourquoi plusieurs auteurs en tiennent compte régulièrement dans leurs écrits depuis plusieurs années.

Les recherches cliniques

Plusieurs chercheurs ont décrit de façon systématique la taille de la fratrie d'enfants et/ou d'adolescents référés à un moment ou l'autre dans des cliniques psychiatriques ou psychologiques. La littérature présente cette information sous deux angles: d'un côté, les enfants uniques sont considérés comme le groupe à étudier et de l'autre, ce sont les enfants de familles nombreuses. Dans les deux cas, il est sous-entendu que ces enfants vivent des situations pathogènes du fait de n'avoir pas de frère ou de sœur ou l'inverse, c'est-à-dire d'en avoir trop.

En ce qui concerne les enfants de situation unique, le pourcentage recensé dans les échantillons cliniques varie considérablement, soit de 11% à 52% (Burstin, 1966 ; Chevallier, 1988 ; Mauco et Rambaud, 1951 ; Shrader et Leventhal, 1968 ; Szymanska et Koritowska, 1951 ; Lecourt, 1970). Plusieurs auteurs constatent une sous-représentation des enfants uniques référés dans les cliniques par rapport à la population générale (Burstin, 1966 ; Chevallier, 1988 ; Chombart de Lauwe, 1959 ; Corfield, 1968 ; Tuckman et Regan, 1967 ; Lecourt, 1970), suggérant qu'ils sont peu référés. Par contre, d'autres observent un plus grand nombre de références chez les enfants uniques si on les compare à leur poids démographique réel (Szymanska et Koritowska, 1950 ; Ko et Sun, 1965 ; Shrader et Leventhal, 1968). À titre d'exemple, aux États-Unis, Shrader et Leventhal (1968) ont révélé que 52% des enfants de leur échantillon clinique étaient de situation unique comparativement à 27% dans la population générale.

Certains chercheurs ont opté pour une autre stratégie d'analyse consistant à la comparaison d'enfants uniques à des enfants ayant des frères et/ou des sœurs (Breton, Chiniara et Berthiaume, 1996 ; Howe et Madgett ; 1975 ; Jensen, Bloedau, Degroot, Ussery et Davis, 1990). Les données de Howe et Maggett (1975) indiquent un pourcentage plus élevé de symptômes d'ordre psychosomatique et pré-névrotique chez les enfants uniques que chez ceux de l'autre groupe, bien que ces derniers présentent davantage de troubles des conduites. Ces différences s'expliquent essentiellement par les

garçons ; en effet on ne retrouve aucune différence parmi les filles. À noter qu'aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes en ce qui a trait aux troubles névrotiques, caractériels et limites. Enfin, les enfants uniques sont deux fois plus susceptibles de retourner à la clinique que ceux ayant des frères et/ou des sœurs.

À partir d'un échantillon clinique d'enfants américains âgés de 6 à 12 ans, Jensen, Bloedau, Degroot, Ussery et Davis (1990) ont comparé des enfants référés dans une clinique psychiatrique militaire à des enfants de la communauté. Tout d'abord, ils ont observé que les enfants de la clinique sont plus souvent des enfants uniques ou des premiers-nés. De plus, ils montrent également une association négative significative entre le nombre d'enfants par famille et le score de l'enfant à *l'échelle de dépression de Kovacs et Beck* (1977) et à la *grille de symptômes de Achenbach et Edelbrock* (1983).

La recherche de Breton, Chiniara et Berthiaume (1996) va plus loin dans l'analyse statistique. À partir d'un échantillon de 238 enfants âgés de *moins de 5 ans* et référés dans un grand centre pédo-psychiatrique montréalais (Canada), ils ont procédé à une analyse de régression multiple afin de déterminer les variables qui prédisent le mieux le nombre de symptômes présents chez les enfants (mesurés à l'aide de la Classification Internationale des Maladies, 9^e édition). Selon eux, trois variables ont une

contribution significative au niveau statistique : l'âge des enfants, c'est-à-dire ceux de 3 à 4 ans (comparativement à ceux ayant 2 ans et moins), les problèmes liés aux attitudes éducatives du père et le statut d'enfant unique. Concrètement, les enfants uniques présentent plus de symptômes que les enfants vivant avec des frères et/ou des sœurs. Ces trois variables expliquent environ 20% de la variation du nombre de symptômes.

Seulement quelques auteurs ont tenté de vérifier si les enfants issus de fratries nombreuses consultaient plus souvent que les autres. Chevallier (1988) a publié à ce sujet une recension des écrits décrivant le portrait des enfants consultants dans les cliniques médico-psychologiques françaises. Ses résultats montrent une sur-représentation des enfants de familles nombreuses (4 enfants et plus) comparativement à la population générale (29% vs 17%). D'autres auteurs confirment ce résultat (Andrews, 1976 ; Chombart de Lauwe, 1959 ; Siva Sankar et Chuda, 1976). Réalisée aux États-Unis, la recherche de Siva Sankar et Chuda (1976) donne également des résultats sur la durée des hospitalisations ; par exemple, les enfants de familles très nombreuses (de 7 enfants) sont hospitalisés plus longtemps que ceux vivant seuls (en moyenne 263 jours versus 163 jours).

Les recherches épidémiologiques

Plusieurs chercheurs ont vérifié le lien entre la taille de la fratrie et les problèmes de santé mentale des enfants et/ou adolescents à l'aide

d'échantillons de nature épidémiologique, particulièrement au cours des 20 dernières années. Plusieurs d'entre eux ont tenté de mesurer s'il existait une association entre le fait de vivre seul ou non alors que d'autres s'interrogeaient sur le fait de vivre ou non à l'intérieur d'une fratrie nombreuse.

Depuis près de deux décennies, un grand nombre d'auteurs ont comparé le profil de santé mentale des enfants uniques à ceux ayant des frères et/ou des sœurs. Plusieurs recherches de ce type ont été réalisées en Chine compte tenu de la politique actuelle du gouvernement d'encourager la naissance d'un seul enfant chez les groupes culturels majoritaires. Selon une opinion répandue dans ce pays, les enfants uniques seraient plus à risque dans certaines sphères psychosociales. Comme le nombre de familles composées d'un seul enfant ne cesse d'augmenter, certains auteurs se questionnent sur la santé des enfants uniques étant donnée qu'il s'agira de la santé mentale de pratiquement toute une population dans quelques années.

Les résultats des études réalisées en Chine ne vont pas tous dans le même sens (Kuutai et Jing-Hwa, 1985 ; Tseng, Kuotai, Hsu, Jinghua, Lian et Kameoka, 1988 ; Yang, Ollendick, Dong, Xia et Lin, 1995). Par exemple, les données de Yang et coll. (1995) montrent que les enfants ayant des frères et/ou des sœurs rapportent des niveaux de peur, d'anxiété et de dépression plus élevés que ceux des enfants uniques. Les auteurs émettent l'hypothèse

que les enfants ayant des frères et/ou des sœurs sont souvent pris à parti par les autres enfants compte tenu de leur situation allant à l'encontre de la politique ; cette situation pourrait contribuer au développement de la symptomatologie. D'autre part, celles de Tseng et coll. (1988) indiquent que les filles uniques présentent des scores plus élevés de dépression et de mauvais tempérament que celles ayant des frères et/ou des sœurs (voir aussi Kuutai et Jing-Hwa, 1985). Les données de plusieurs autres auteurs montrent peu ou presque pas de différences entre les enfants uniques et ceux ayant des frères et/ou des sœurs (Matsuura, Okubo, Kojima, Takahashi, Wang, Shen et Lee, 1993 ; Tao, 1998 ; Wang, Kato, Inaba, Tango, Yoshida, Kusaka, Deguchi, Tomita et Zhang, 2000 ; Xin, Kang Chen, Qin Tang, Feng Lin et McConville, 1992)

La recherche de Matsuura et coll. (1993) a porté spécifiquement sur des échantillons d'enfants de trois pays : la Chine, le Japon et la Corée. Ces enfants ont été évalués à l'aide de *l'échelle de Rutter, Tizard et Whitmore* (1970) complétée par un parent et un professeur. Aucun lien n'a été observé chez les enfants chinois et japonais entre la situation d'enfant unique et un score élevé de psychopathologie. En Corée, les enfants uniques sont plus nombreux à manifester des scores élevés de troubles extériorisés tels que perçus par leurs professeurs comparativement aux enfants de familles de deux et trois enfants et plus (23% vs 11% et 16%).

En Amérique du Nord (Canada et États-Unis) et en Europe, il est coutume de penser que les enfants de petites familles ont plus tendance à présenter des problèmes intériorisés (Rutter et Cox, 1985). Au Québec, les données de l'enquête sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans (Bergeron, Valla, Breton, Gaudet, Berthiaume, Lambert, St-Georges et Smolla, 2000 ; Valla, Breton, Bergeron, Gaudet, Berthiaume, Saint-Georges, Daveluy, Tremblay, Lambert, Houde et Lépine, 1994) montrent que les enfants de situation unique ont plus de chances de présenter des troubles intériorisés ou extériorisés que ceux ayant des frères et/ou des sœurs. « Chez les enfants de 6 à 8 ans et de 9 à 11 ans, c'est la condition d'enfant unique qui augmente le plus la chance d'observer des troubles intériorisés et extériorisés lorsque l'on compare à la situation d'être premier de famille (6 à 8 ans, troubles intériorisés) ou à la présence de frères ou de sœurs (9 à 11 ans, troubles intériorisés ; 6 à 11 ans, troubles extériorisés » (Valla et coll., 1994, p. 75). Il est important de mentionner que les troubles extériorisés chez les enfants uniques de 6 à 8 ans sont perçus par leurs *professeurs* alors que les troubles intériorisés et extériorisés des enfants uniques âgés entre 9 et 11 ans le sont par leurs *parents*.

Une autre recherche québécoise, réalisée par Tremblay et coll. (1990), montre que les enfants agressifs sont deux fois plus souvent des enfants uniques comparativement aux enfants non agressifs. Par exemple, ils constatent que « les garçons uniques à la maternelle ont plus de

comportements violents (21.0%) que les enfants ayant un (12.7%), deux (9.9%) ou 3 et plus (10.2%) frères et/ou sœurs ». Dans une autre recherche, Tremblay, Jappel, McDuff, Boivin, Zocolillo et Montplaisir (1999) ont voulu connaître le nombre d'enfants de leur échantillon âgés de 17 mois ayant démontré au moins un comportement agressif depuis leur naissance. Qu'ils aient ou non des frères et/ou des sœurs, les garçons présentent généralement au moins un comportement agressif (94% vs 90%) ; quant aux filles, celles de situation unique sont moins nombreuses à avoir eu au moins un comportement agressif (68%) comparativement à celles ayant des frères et/ou des sœurs (91%).

En Amérique du Nord et en Europe, plusieurs auteurs ont vérifié si les enfants de situation unique étaient plus souvent référés dans des cliniques à partir de données épidémiologiques (Breton, 2000 ; Paggett, Patrick, Burns, Schlesinger et Cohen, 1993; Zahner et Daskalakis, 1997; Verhulst et van der Ende, 1997). En effet, il n'est pas rare dans ce type d'enquête que les auteurs demandent aux parents si leurs enfants ont consulté pour des services psychologiques/psychiatriques au cours des 6 ou 12 derniers mois. Les données indiquent que les enfants uniques ne sont pas plus à risque de consulter pour des services en santé mentale que ceux ayant des frères et/ou des sœurs (Paggett, Patrick, Burns, Schlesinger et Cohen, 1993; Zahner et Daskalakis, 1997; Verhulst et van der Ende, 1997). Verhulst et van der Ende (1997), à partir de données hollandaises, précisent que même si

les parents d'enfants de situation unique perçoivent plus de problèmes de comportements chez leur enfant comparativement à ceux ayant plus d'un enfant, cela ne se traduit pas par une probabilité plus élevée de consultation. À l'inverse, les données de Breton (2000) montrent que les enfants uniques âgés de 6 à 14 ans utilisent plus de services à l'extérieur de l'école que ceux ayant au moins deux enfants.

Plusieurs autres chercheurs ont montré que le fait de vivre dans une fratrie nombreuse semble être associé à certains problèmes comme les troubles des conduites et la délinquance (Offord et Fleming, 1991 ; Rutter et Cox, 1985 ; Rutter et Madge, 1976 ; Rutter et Giller, 1983). En général, les résultats indiquent que les enfants de *sexe masculin* de familles nombreuses (habituellement plus de 4 ou 5 enfants) sont plus susceptibles de développer des troubles des conduites et de délinquance. Rutter et Quinton (1977) notent six variables associées aux troubles de santé mentale des enfants vivant à Londres (Angleterre); l'une d'elle est le fait de vivre dans une famille nombreuse (plus de 5 enfants). Deux fois plus d'enfants ayant des problèmes psychiatriques vivent dans une grande famille (33% vs 16%). Ils retrouvent des résultats similaires à l'île de Wight.

Synthèse des recherches sur la taille de la fratrie

Plusieurs recherches effectuées durant les années 50 à 70 ont montré que les enfants uniques étaient sur-représentés dans les populations

cliniques. Durant cette période, plusieurs auteurs affirmaient que les enfants uniques étaient isolés, gâtés, égoïstes et dépourvus d'esprit communautaire, ce qu'ils expliquaient par l'absence de fratrie ou par la situation d'unicité. La *littérature française* était particulièrement sévère à l'égard des enfants de situation unique.

Les données cliniques les plus récentes montrent cependant peu de différences et plusieurs auteurs considèrent les enfants de situation unique aussi bien adaptés que les autres (Richards et Goodman, 1996). Aldomovar (1973) a même dénoncé l'image négative qui donne une mauvaise réputation aux enfants uniques. Il explique la mauvaise presse réservée aux enfants uniques par la situation socio-démographique française de 1945 à 1960. D'autres croient qu'ils sont victimes de préjugés plutôt que de données empiriques (Kammeyer, 1967 ; Tuckman et Regan, 1967). Les données cliniques souffrent aussi de leur méthodologie : plusieurs auteurs critiquent l'emploi des comparaisons de pourcentages avec les populations générales et d'autres mentionnent même que les caractéristiques positives des enfants uniques sont négligées dans les recherches au profit des aspects négatifs (Wagner, Schubert et Schubert, 1996).

Les études cliniques les plus récentes portent sur des échantillons où les enfants uniques sont sous-représentés. Chevallier (1988) croit qu'un simple effet de l'âge peut rendre compte de ce phénomène : « pour un

certain nombre d'entre eux, il s'agit plutôt d'un premier enfant appartenant à une famille en début de cycle de vie familiale et donc se trouvant dans une tranche d'âge basse qui (...) est assez peu présente dans les lieux de consultation ».

Contrairement à la majorité des études cliniques récentes, en général, les données épidémiologiques montrent que les enfants de situation unique sont plus susceptibles de manifester des problèmes de santé mentale, autant intériorisés qu'extériorisés (Bergeron et coll., 2000 ; Luoma et coll., 1999 ; Matsuura et coll., 1993). La perception des parents et des professeurs semble être plus concordante pour les enfants uniques. Par exemple, une recherche de Gagnon, Vitaro et Tremblay (1992), réalisée à partir d'un échantillon de 1924 enfants âgés en moyenne de 6 ans, ont comparé la perception des mères et des professeurs en ce qui concerne le nombre de symptômes pour les troubles extériorisés et intériorisés. Leurs résultats indiquent pour les troubles extériorisés une corrélation très élevée entre les deux acteurs lorsqu'ils évaluent les garçons uniques ($r = .48$) comparativement à seulement $.36$ pour les garçons ayant des frères et/ou des sœurs. La même différence est constatée chez les filles, bien qu'elle ne soit pas significative au niveau statistique ($.34$ vs $.23$). Les auteurs ont été étonnés de cette concordance élevée entre la description des professeurs et des parents, compte tenu qu'un parent ayant un seul enfant ne peut pas

comparer aussi facilement son enfant aux autres, comme il est possible pour les professeurs.

Explications avancées

Les premières recherches sur la taille de la fratrie ont été effectuées par des psychologues et des sociologues et elles portaient sur l'impact du nombre de personnes et de leurs interactions (Bossard et Boll, 1956 ; Elder, 1962 ; Elder et Bowerman, 1963 ; Nye, Carlson et Garrett, 1970 ; Sears, Maccoby et Levin, 1957). En général, les données montrent que plus il y a d'individus dans la famille, plus les parents sont « autoritaires » et plus ils emploient des comportements punitifs à l'égard de leurs enfants. Ces constatations observées dans la littérature sociologique ont été rapportées par un certain nombre d'auteurs pour expliquer la dynamique familiale. En effet, plusieurs considèrent que les comportements autoritaires, punitifs, affectifs, d'aide et de soins des parents varient selon le nombre d'enfants dans la famille (Furman, 1995).

Dans les familles de petite taille (un ou deux enfants), certains suggèrent la présence d'un plus grand contrôle psychologique par les parents à l'égard de leurs enfants ; en général, ces comportements de contrôle seraient associés à des problèmes intériorisés tels que l'anxiété et le retrait chez l'enfant (Rutter et Cox, 1985). D'autres auteurs expliquent eux aussi les problèmes de psychopathologie des enfants uniques par les

comportements de contrôle psychologique des parents (Valla et coll., 1994). Ils considèrent que les parents d'enfants de situation unique sont plus anxieux et que cette anxiété se transformerait en comportement de contrôle à l'égard de l'enfant. Il se pourrait donc qu'il y ait un lien entre l'anxiété parentale, les comportements de contrôle psychologique et les problèmes de santé mentale de l'enfant.

Les explications les plus souvent citées dans la littérature pour comprendre les associations positives entre le statut d'enfant unique et la psychopathologie sont au nombre de quatre : (1) le fait de vivre seul, sans frères et/ou sœurs (l'hypothèse de la privation), (2) le fait de vivre une expérience unique, (3) un statut socio-économique faible et (4) la qualité des relations parents-enfants (voir Polit et Falbo, 1987).

En ce qui concerne la première explication, certains ont mentionné que la privation de frère ou de sœur contribuait de façon négative au développement de l'enfant (« sibling deprivation hypothesis », Polit et Falbo, 1987). Leonhard (1979) parle du manque de communication conséquent à l'absence de frère ou sœur. Cette explication est souvent amenée pour expliquer les difficultés d'adaptation des enfants uniques. Le mécanisme précis est peu décrit, mais certains parlent de relation fraternelle inexistante qui favoriserait le développement d'un enfant timide, capricieux et ayant des difficultés d'adaptation (Mauco et Rambaud, 1951). Ils auraient aussi de la

difficulté à nouer des relations avec leurs pairs (Kempainen et coll., 2001). Certains psychanalystes parlent même du concept d'isolement. Les relations de l'enfant seraient centrées sur les adultes, c'est-à-dire les parents, et favoriseraient alors le développement de traits narcissiques. D'autres mettent l'emphase sur l'absence de l'aspect formatif de la rivalité fraternelle. Almodovar (1973) mentionne même que le « syndrome de l'enfant unique » pourrait se développer dans certaines constellations fraternelles, par exemple vivre dans une fratrie composée de filles ou de garçons alors que l'enfant est le seul du sexe opposé.

La seconde explication, inspirée du courant adlérien (Adler, 1927), porte sur l'expérience d'unicité vécue par l'enfant unique. En effet, ces enfants « rois » ne seraient jamais détrônés par la venue d'un autre enfant. Cependant, les résultats de Polit et Falbo (1987) ne supportent pas cette hypothèse puisqu'ils n'ont trouvé aucune différence entre les enfants de situation unique, les premiers-nés et les seconds-nés dans plusieurs sphères psychosociales (ex. sociabilité, adaptation personnelle, etc.).

La troisième explication met l'emphase sur le statut socio-économique des familles comme élément de compréhension. Certains auteurs rapportent que plusieurs enfants de situation unique vivent dans des familles monoparentales et sont donc désavantagés financièrement et émotionnellement (Laybourn, 1990 ; Polit et Falbo, 1987). D'autres mettent l'emphase sur le

statut socio-économique habituellement plus élevé des parents d'enfants de situation unique. Cette explication est souvent amenée pour expliquer la réussite sociale des enfants de situation unique, réussite mesurée par leur performance scolaire et le type d'emploi pratiqué à l'âge adulte. Toutefois, Polit et Falbo (1987) ne trouvent aucune justification à cette hypothèse.

La quatrième porte sur la qualité de la relation parent-enfant. Elle constitue l'explication la plus souvent citée comme mécanisme contribuant au développement de la personnalité des enfants uniques, surtout *a posteriori*. Par exemple, Polit et Falbo (1987) notent que les enfants uniques ont une relation plus positive avec leurs parents que ceux ayant des frères et/ou des sœurs. Rappelons que leurs données proviennent surtout d'échantillons constitués d'adultes. Le lien entre la qualité de la relation parentale et la psychopathologie *des enfants* n'a toutefois pas été investigué, à notre connaissance, en tenant compte de certaines caractéristiques de la fratrie (taille de la fratrie et sexe des membres de la fratrie).

Plusieurs auteurs suggèrent que le comportement surprotecteur des mères est à l'origine des problèmes des enfants uniques (Howe et Maggett, 1975 ; Ko et Sun, 1965). Par exemple, Howe et Madgett (1975), à partir de leur échantillon clinique, montrent que les mères et les pères d'enfants uniques ont une attitude surprotectrice comparativement à ceux ayant plus d'un enfant. En ce qui concerne le comportement des mères, on le retrouve

autant chez les enfants de sexe masculin que féminin. De plus, leurs données indiquent que les enfants de situation unique sont amenés plus souvent à la clinique par leurs parents, ce qui pourrait signifier une sensibilité plus élevée des parents face à leur bien-être et par conséquent un plus grand recours aux services spécialisés. En terminant, les auteurs se questionnent à savoir si les comportements surprotecteurs peuvent être nocifs pour la santé mentale des enfants et ils proposent que le lien soit exploré à l'aide d'une enquête épidémiologique, ce qui à notre connaissance n'a pas été encore effectuée. Ils proposent aussi d'explorer le lien entre le rejet maternel et l'agressivité des enfants ayant au moins un frère et/ou une sœur.

Il est intéressant de mentionner que Thomasgard et Metz (1997) ont développé un instrument mesurant le niveau de surprotection des parents. À l'aide de cet instrument, ils ont montré, à partir d'un échantillon d'enfants âgés de 5 à 10 ans et référés dans un service pédiatrique, que les parents d'enfants uniques présentent un score moyen plus élevé de surprotection que ceux ayant plus d'un enfant. Cependant, ils remarquent que *les enfants uniques ne sont pas perçus comme plus vulnérables que les autres*. Ces données montrent que les concepts de surprotection et de vulnérabilité perçue, du moins chez les enfants uniques, ne sont pas nécessairement associés. Les auteurs proposent l'explication suivante : en l'absence de

plusieurs enfants, les parents portent leur entière attention à l'enfant unique, ce qui se traduit par des comportements surprotecteurs.

Une étude récente de Richards et Goodman (1996) montre des résultats intéressants. Leur recherche effectuée auprès d'une population clinique d'enfants âgés de 0 à 16 ans révèle que les diagnostics donnés aux enfants uniques ne diffèrent pas, à l'aide de la Classification Internationale des Maladies (9^e édition), de ceux des enfants ayant des frères et/ou des sœurs (Howe et Madgett (1975) confirment en partie ce point (voir ci-dessus)). En raffinant leur analyse, ils ont montré que *les enfants âgés de 5 ans et moins présentaient plus souvent aucun problème lorsque comparés à ceux ayant des frères et/ou des sœurs (29% vs 13%)*. Ce phénomène n'a pas été constaté chez les enfants âgés de 6 à 17 ans. L'analyse de régression logistique a également confirmé la contribution positive de la situation d'enfant unique. Il est important de mentionner que le sexe des enfants n'a donné aucun effet significatif dans le modèle. Le comportement de surprotection parentale est néanmoins presque significatif ($p = .097$). Richards et Goodman (1996) « suggest that the parents of young only children are more likely to seek help with subthreshold problems and believe this behaviour could as easily labelled « more caring » as « overprotective » » (p. 757).

En ce qui concerne les enfants de fratries plus nombreuses, Rutter et Cox (1985) ont émis quelques hypothèses concernant la relation entre ce type de fratries (plus de quatre enfants) et les troubles des conduites et les comportements délinquants. Ils considèrent la discipline et la supervision parentale beaucoup plus difficilement applicables dans les familles nombreuses : ainsi les enfants présenteraient des comportements de type extériorisé suite aux difficultés des parents à les discipliner. Cependant d'autres auteurs expliquent plutôt les troubles des conduites et les comportements délinquants des enfants de familles nombreuses par une moins grande implication affective des parents envers chaque enfant. Rutter et Cox (1985) ont aussi avancé que dans les familles nombreuses, les parents consacrent moins de temps aux devoirs des enfants compte tenu que les enfants de familles nombreuses ont moins de succès à l'école. Ainsi, le succès scolaire serait associé aux troubles des conduites et les comportements autoritaires des parents seraient associés aux comportements antisociaux des enfants (Patterson, Reid et Dishion 1992). Il est à noter que les garçons sont plus à risque de développer des troubles des conduites que les filles.

Le rang de naissance

Depuis que l'hypothèse d'un lien entre le rang de naissance et le développement de certains traits de personnalité a été proposée (Adler, 1927), plusieurs auteurs ont tenté de déterminer l'existence d'une

association entre le rang de naissance et divers aspects tels que la santé mentale (Lester, Eleftheriou et Peterson, 1982 ; Valla et coll., 1994), l'intelligence (Alaphilippe, Sullerot et Lelasseux, 1995 ; Belmont, 1976 ; Zajonc, 1976), la consommation de psychotropes (Schierbeek et Newlon, 1990), les tentatives de suicide (Lester et Caffery, 1989), le fait d'aimer son prénom (Joubert, 1990) et la consommation de tabac (Forbes, 1970), et ceci surtout parmi des populations adultes. Les auteurs nommés ci-dessus ne constituent qu'un petit échantillon des recherches existantes sur le rang de naissance des individus. Plusieurs recensions des écrits attestent de l'intérêt des chercheurs et des cliniciens pour ce sujet depuis près de trois décennies (Forer, 1977 ; Miley, 1969 ; Stewart et Stewart, 1995 ; Vockell, Felker et Miley, 1973).

Les recherches cliniques

Au même titre que la taille de la fratrie, le rang de naissance est une variable largement étudiée à partir d'échantillons cliniques. Les recherches plus anciennes indiquent une sur-représentation des premiers-nés (les aînés) et une sous-représentation des enfants intermédiaires et des benjamins dans les centres de consultations psychologiques ou psychiatriques (Chombart de Lauwe, 1959 ; Descombey et Roquebrune, 1953 ; Mauco et Rambaud, 1951). Comme pour les enfants uniques, les auteurs ont comparé les différents pourcentages à leur poids relatif dans la population générale. De son côté, Chevallier (1988) montre à partir de sa

recension des écrits qu'il n'existe pas de lien entre une catégorisation large de la variable « rang de naissance » (aîné, benjamin, intermédiaire) et la demande de consultation. L'association entre la position exacte (ex. premier, deuxième, etc.) dans la fratrie et le fait de consulter dans une clinique spécialisée a également été mesurée. Les données révèlent que les enfants de rang 4 et plus ont une plus forte probabilité de consulter. Selon Chevallier (1988), cela n'implique pas nécessairement un simple effet de rang de la fratrie mais indique plutôt que dans les familles de 4 enfants et plus, on consulte plutôt pour les jeunes.

La recherche de Sankar et Chuda (1976) réalisée aux États-Unis montre que plus le rang de naissance de l'enfant augmente, plus la durée de l'hospitalisation augmente. Par exemple, les données indiquent que les enfants de rang 7 sont hospitalisés en moyenne 278 jours comparativement à 167 pour les premiers-nés. De plus, les résultats sur le quotient intellectuel vont dans le même sens négatif et montrent que les enfants de rang 6 et 7 ont un score moyen plus bas que celui des premiers-nés (voir aussi Zajonc, 1976). La recherche de Alaphilippe et coll. (1995) ne montre cependant aucune association entre le score de quotient intellectuel et le rang de naissance des enfants.

Les recherches épidémiologiques

La plupart des recherches épidémiologiques ayant inséré le rang de naissance dans leur devis sont de nature transversale et la majorité ont été réalisées en Amérique du Nord. Certaines études montrent une association entre le rang de naissance et certaines catégories de problèmes. Par exemple, l'étude de Rutter, Tizard et Whitmore (1970) indique que les premiers-nés sont légèrement plus susceptibles de manifester des troubles intériorisés. Shepherd, Oppenheim et Mitchell (1971) montrent que les premiers-nés âgés de 5 à 15 ans sont plus à risque de présenter des comportements extériorisés (déviants) selon la perception des parents. Par contre, Gallagher et Cowan (1977) montrent une association positive entre les enfants de rang intermédiaire et les problèmes à l'école. Au Québec, les données de Bergeron et coll. (2000) révèlent que les enfants de 12 à 14 ans occupant un rang élevé dans la fratrie (3 et plus) ont plus de chances d'avoir des troubles intériorisés que les premiers-nés, les seconds-nés et les enfants de situation unique, selon l'évaluation des parents. La recherche de Gates, Linegerger, Crockett et Hubbard (1988), réalisée aux États-Unis, montrent que les premiers-nés âgés de 7 à 12 ans manifestent moins de traits dépressifs et anxieux (et une estime de soi plus élevée) que les enfants d'autres rangs exacts.

D'autres auteurs n'ont montré aucune association entre le rang de naissance et certains problèmes de santé mentale. Par exemple, Makaremi

(1992) n'a observé aucun lien entre le rang de naissance et les scores au *questionnaire de Eysenck* (extraversion, névrotisme, psychotisme) chez 262 enfants iraniens âgés de 10 à 14 ans. Également, les données de Matsuura et coll. (1993) indiquent que le rang de naissance n'est pas associé à des comportements déviants chez les enfants de trois pays asiatiques, soit la Chine, le Japon et la Corée, selon la perception des *parents* et des *professeurs*.

À notre connaissance, il n'existe que deux recherches de nature longitudinale ayant tenté de délimiter le rôle du rang de naissance sur les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents (Feehan, Sharma, 1982 ; Stanton, McGee et Silva, 1994). Sharma (1982), à l'aide d'un échantillon de 250 enfants d'origine indienne, rapporte que les premiers-nés sont plus susceptibles de présenter des problèmes de personnalité, d'alimentation, de sociabilité et scolaires. Feehan et coll. (1994) montre que les premiers-nés sont plus susceptibles de manifester des problèmes intériorisés à l'âge de 15 ans.

Synthèse des recherches sur le rang de naissance

Les recherches cliniques sur le rang de naissance montrent dans l'ensemble peu d'associations. Les quelques résultats significatifs tendent à indiquer que les enfants de fratries plus nombreuses (rang 4 et plus) sont

plus susceptibles de consulter dans des cliniques psychologiques/psychiatriques.

En ce qui concerne les recherches épidémiologiques, les données révèlent que les premiers-nés sont plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale, et en particulier des problèmes intériorisés. Il est cependant important de rappeler que certaines recherches comme celles de Gates et coll. (1988) ne confirment pas ce résultat.

Le fait de tenir compte uniquement du rang de naissance dans certaines recherches a été fortement critiqué. En effet, plusieurs chercheurs recommandent d'étudier cette variable, mais en contrôlant pour plusieurs autres telles que la taille de la fratrie, le sexe des membres de la fratrie, l'intervalle intergénéral et le statut socio-économique des familles (Adams, 1972 ; Schooler, 1972 ; Watkins, 1992). Furman (1995) a proposé d'effectuer plus de recherches de nature longitudinale avec de plus grands échantillons et d'employer des devis multivariés pour les statistiques. Enfin, Havassy-de Avila (1971) a fortement critiqué les explications *a posteriori* proposées par plusieurs dans ce domaine.

Explications avancées

Plusieurs explications ont été proposées afin d'expliquer les nombreuses différences observées entre les individus de rangs différents.

Dans les lignes qui vont suivre, nous nous attarderons essentiellement aux quatre hypothèses habituellement proposées : (1) l'explication intra-utérine/physiologique, (2) l'explication du détronement (influence des frères et sœurs), (3) l'explication de l'implication/état parental et (4) celle du statut socio-économique.

L'explication intra-utérine propose que les jeunes mères fournissent à leur premier enfant un environnement utérin optimal comparativement à celui de leur dernier-né ; l'apport nutritif donné par les jeunes mères qui ont vécu peu de grossesses serait plus riche. Cet avantage des premiers-nés aurait un impact dans plusieurs sphères telles que la santé en général et l'intelligence. En contrepartie, d'autres auteurs ont plutôt proposé que les premières grossesses auraient une plus forte probabilité de présenter des complications à l'accouchement comparativement aux grossesses subséquentes, ce qui signifie que plus le rang de naissance augmente et plus la santé des enfants serait bonne.

La deuxième hypothèse souvent avancée est celle du détronement que Adler (1927) a mis de l'avant (voir aussi Schvaneveldt et Ihinger, 1979 ; Rutter et Cox, 1985), c'est-à-dire lorsque le premier-né est éventuellement détroné par la venue d'un nouvel enfant. L'aîné essaie donc de conserver sa place privilégiée auprès de ses parents. Cette réduction du temps accordé au premier-né peut être associée à des confrontations régulières entre les

deux enfants et cela peut avoir des effets sur les problèmes de comportements des enfants. Adler (1927) constatait d'ailleurs à cette époque de nombreux cas de régression chez des premiers-nés détrônés par un nouveau bébé. Cette hypothèse implique qu'à chaque fois qu'un nouvel individu arrive dans la famille, un autre est détrôné. En théorie, les seuls ne pouvant être détrônés sont les derniers-nés.

La troisième hypothèse, une des plus intéressantes, propose que les différences observées seraient dues au fait que les parents seraient plus attentifs et surprotecteurs à l'égard du premier enfant (Adams, 1972). Rutter et Cox (1985) parlent plutôt de l'hypothèse de l'anxiété parentale qui jouerait un rôle important dans l'étiologie des problèmes de santé mentale des enfants. Globalement, les premiers-nés recevraient plus d'attention de la part de leurs parents que les autres enfants de la famille. La venue d'un premier enfant constitue en effet un événement stressant pour les parents ; à l'arrivée d'un second, les parents sont d'habitude mieux outillés pour faire face aux multiples demandes de l'enfant. Ils sont également beaucoup plus confiants et détendus dans leurs relations avec l'enfant. On assisterait ainsi à une diminution des comportements attentifs et surprotecteurs des parents à l'égard des autres enfants puisqu'ils seraient plus à l'aise avec eux. L'hypothèse selon laquelle les parents interagissent différemment avec leurs enfants selon le rang de naissance semble donc la plus vraisemblable. En général, les études montrent que les comportements des parents varient

selon que l'enfant soit un premier-né, un second-né ou un dernier-né (Dunn et Kendrick, 1980 ; Stewart, 1991).

Toujours dans la perspective de la troisième explication, d'autres affirment que les premiers-nés et les derniers-nés jouissent d'une position privilégiée dans la famille. Par exemple, Kidwell (1981 ; 1982) affirme que les premiers-nés reçoivent plus d'attention, d'affection et d'interactions positives de la part de leurs parents. Les derniers-nés quant à eux vivraient une relation plus détendue avec leurs parents compte tenu du fait que les parents s'occupent plus des premiers-nés (voir Ernst et Angst, 1983). Certains mentionnent plutôt que les derniers-nés auraient plus de temps avec leurs parents qui les gâteraient plus. Les enfants de rang intermédiaire seraient pris entre les deux extrêmes et n'auraient pas de statut particulier (les « enfants-sandwichs »). Kidwell (1982) montre que les adolescents de rang intermédiaire ont un niveau d'estime de soi inférieur aux premiers-nés et aux derniers-nés. À notre connaissance, aucune recherche ne s'est attardée aux enfants de rang intermédiaire âgés entre 6 et 12 ans en ce qui concerne les problèmes de santé mentale.

Dans la littérature anthropologique, certains comme le psychanalyste français Boucebcî (1996) parle du « syndrome d'aînéité », tandis que le célèbre anthropologue Fortes (1974) parle du « syndrome du premier-né ». Boucebcî (1996) parle d'un facteur de risque important dans certaines

sociétés comme l'Algérie. Le rang dans la fratrie lui apparaît comme une donnée essentielle dans l'analyse du risque psychopathologique, surtout la place symbolique de l'aîné quand les changements socioculturels sont radicaux, importants et rapides. Il présente d'ailleurs plusieurs exemples de cas où « la décompensation au moment de la crise de l'adolescence, moment majeur dans la liquidation oedipienne, pose pleinement la problématique (...) de jeunes migrants en situation de rupture culturelle ». Fortes (1974) parle plutôt du syndrome du premier-né que l'on retrouve dans plusieurs cultures et qui constitue la reconnaissance par la naissance d'un premier enfant du statut de parent. L'exemple pris chez la société Tallensi est par ailleurs très explicite.

La quatrième et dernière explication propose que les parents investiraient beaucoup plus dans les premiers-nés sur le plan affectif et économique. Plusieurs recherches ont montré que les premiers-nés sont plus susceptibles d'avoir un niveau d'éducation plus élevé et de travailler dans des professions plus lucratives et de décision. Par exemple, les données canadiennes de Nerissa Davis (1997), récoltées à l'aide de l'Enquête Sociale Générale de 1990, indiquent que les premiers-nés sont beaucoup plus orientés vers le statut social que les derniers-nés. Il est important de rappeler que les parents de premiers-nés ont habituellement de plus grandes attentes par rapport à eux. La plupart des recherches sur l'aspect socio-économique ont été réalisées sur des populations adultes,

mais nous indiquent néanmoins que certains mécanismes devaient être déjà en place parmi les jeunes enfants.

Combinaison entre la taille de la fratrie et le rang de naissance

Seulement quelques auteurs ont tenu constante la taille de la fratrie. Cette procédure répondait à une critique importante, à savoir que les enfants de mêmes rangs de naissance se développeraient différemment selon le nombre d'enfants dans la famille.

Les recherches cliniques

Plusieurs recherches ont montré chez les *familles de deux enfants* que les *premiers-nés masculins sont plus souvent référés* à une clinique pédopsychiatrique (Gimenez et Sivares, 1993 ; Lahey, Hammer, Crumrine et Forehand 1980 ; Piacentini et Lahey, 1980 ; Shrader et Leventhal, 1968). Ces recherches constituent une amélioration notable lorsque comparées aux recherches cliniques antérieures puisque les auteurs ont sélectionné uniquement les familles de deux enfants dans leur échantillon de travail.

À notre connaissance, un seul auteur a étudié le rôle du rang de naissance dans les familles de trois enfants. Fishbein (1981) a réalisé sa recherche à partir d'un échantillon de 488 familles ayant consulté pour un enfant entre avril 1977 et mars 1979. Il ressort que les premiers-nés et les

seconds-nés de sexe masculin sont les enfants que l'on retrouve le plus souvent dans le milieu clinique.

Les recherches épidémiologiques

Peu de recherches épidémiologiques ont contrôlé la taille de la fratrie. Une des premières recherches à le faire a été celle de Bharathi et Venkatramaiah (1978). Cette recherche a été réalisée en Inde à partir d'un échantillon de 135 enfants âgés de 6 à 8 ans. Leurs données indiquent que les premiers-nés de familles de deux et trois enfants sont en moyenne plus anxieux que ceux de familles de quatre ou cinq enfants.

En 1980, Touliatos et Lindholm ont examiné le comportement de 2991 enfants de deux écoles de la région de Houston aux États-Unis. Ils ont été parmi les premiers à proposer de ne pas traiter de façon indépendante le rang de naissance et la taille de la fratrie. Le comportement des enfants était évalué à l'aide du *questionnaire de Quay* complété par les *professeurs*. Leurs données révèlent que les derniers-nés de familles de 3 enfants sont plus susceptibles de manifester des troubles des conduites et de délinquance, mais cette différence n'est pas observée chez les familles de 2 ou 4 enfants. Leurs données montrent également que les enfants de rang intermédiaire ayant 4 frères et/ou sœurs présentent en moyenne plus de problèmes de délinquance que ceux ayant 2, 3, 5 ou 6 frères et/ou sœurs. Ils

concluent qu'en général le rang de naissance, ainsi que la taille de la fratrie, n'influencent pas beaucoup la santé mentale des enfants.

En dernier lieu, Feehan et coll. (1994), dans leur recherche longitudinale réalisée en Nouvelle-Zélande, montrent que les premiers-nés de familles de deux enfants présentent plus de troubles intériorisés que ceux de familles plus nombreuses, à l'âge de 15 ans. Ils n'observent pas cette relation à l'âge de 11 ans.

Synthèse des recherches sur la taille de la fratrie et le rang de naissance

Peu d'écrits portent sur le rang de naissance et la taille de la fratrie, malgré les nombreuses critiques à cet effet. Les données cliniques montrent clairement que les premiers-nés masculins de fratries de deux ou de trois enfants sont plus susceptibles d'être référés. Les données épidémiologiques semblent indiquer que les premiers-nés manifestent plus de symptômes intériorisés que les enfants de rang plus élevé.

Explications avancées

Peu d'auteurs ont proposé des nouvelles explications en tenant compte spécifiquement de la taille de la fratrie. Les explications proposées sont alors les mêmes que celles déjà décrites à la section précédente sur le rang de naissance.

Le sexe des membres de la fratrie

La plupart des résultats sur le sexe des membres de la fratrie proviennent de données cliniques. À notre connaissance, seulement deux recherches de nature épidémiologique donnent de l'information sur le lien entre le sexe des membres de la fratrie et les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents (Liederman et Flannery, 1995 ; Saucier, 1989).

Les recherches cliniques

En 1980, Jones, Offord et Abrams publiaient un article où ils mettaient en relation le nombre de frères et de sœurs et les comportements antisociaux. Dans un premier temps, ils ont montré que les garçons délinquants avaient plus de frères que ceux non délinquants (112 vs 73) tandis que le nombre de sœurs était à peu près égal chez les deux sous-groupes. Leurs données révélaient aussi des scores antisociaux plus élevés chez les frères des délinquants que chez les frères du groupe contrôle. De même, plus le nombre de garçons dans les familles était élevé, plus les scores antisociaux des frères des délinquants suivis en clinique étaient élevés (le nombre de sœurs était tenu constant). Ces chercheurs ont fait la même démarche à partir d'un échantillon de 59 filles délinquantes et de 59 filles non délinquantes. Les résultats obtenus auprès des filles montrent que les frères et les sœurs des délinquantes avaient plus de symptômes antisociaux que les frères et les sœurs du groupe contrôle.

Fishbein (1981), cité plus haut, a aussi examiné le sexe et le rang de naissance des frères et des sœurs issus de familles de 2 et 3 enfants et référés en clinique. Il constate des probabilités plus élevées de consultation lorsqu'au moins un garçon est plus âgé qu'une fille dans la fratrie. Les probabilités de consultation les plus basses se retrouvent chez les familles composées de filles uniquement. Les résultats de Piacentini et Lahey (1986) vont sensiblement dans le même sens. Ils notent que les enfants référés à leur clinique de psychologie de l'Université de Georgie (États-Unis) sur une période de dix ans sont plus susceptibles d'avoir une sœur. Les données exactes montrent que 62% des enfants référés avaient une sœur (aucune information n'est disponible selon les quatre compositions fraternelles (gg ; gf ; fg ; ff)).

Une recherche de Ackerman, Goolsby et Paal (1988) révèle que les garçons de rang deux ou plus ayant des problèmes d'apprentissage sont plus susceptibles d'avoir au moins un frère plus âgé comparativement aux filles dans la même situation (41% vs 26%). L'examen du sous-échantillon de garçons indique que ceux ayant un désordre cognitif ont plus souvent un frère aîné lorsqu'on les compare aux garçons ayant des problèmes émotionnels ou comportementaux (36% vs 21%). Cette dernière recherche visait à tester la théorie immuno-réactive de Gualtieri et Hicks (1985).

Deux groupes de recherche ont travaillé avec des populations cliniques d'enfants d'origine mexicaine (Stocker, 1963) et israélienne (Peskin, Giora et Kaffman, 1974). La recherche de Stocker (1963) portait sur 152 enfants d'origine mexicaine et 152 d'origine américaine âgés de 4 à 18 ans et référés dans une clinique spécialisée en santé mentale aux États-Unis. Ils ont constaté que les filles aînées ayant uniquement des sœurs dans leur famille sont plus souvent référées en clinique. On ne retrouve pas cet effet chez les filles américaines et les garçons des deux groupes culturels. Pour leur étude, Peskin, Giora et Kaffman (1974) ont retenu des enfants âgés de 6 à 14 ans provenant de familles intactes composées de deux enfants. Ils ont comparé des enfants issus de milieu urbain à ceux élevés dans des kibboutzim. Dans leur échantillon, ils ont constaté une plus grande proportion de filles aînées ayant un frère cadet chez celles provenant de milieu urbain et une plus grande proportion de garçons aînés ayant une sœur cadette chez ceux vivant dans un kibboutz.

Les recherches épidémiologiques

À notre connaissance, il n'existe pas de recherches épidémiologiques portant spécifiquement sur le lien entre le sexe des membres de la fratrie et la santé mentale des enfants. La recherche de Liederman et Flannery (1995) visait à vérifier l'hypothèse immuno-réactive de Gualtieri et Hicks (1985) selon laquelle la mère développerait une réaction physiologique affectant le fœtus à mesure qu'elle engendrerait des fils. Ils montrent que le rapport de

masculinité (le nombre de frères divisé par le nombre de sœurs) est élevé chez les enfants hyperactifs et chez les enfants hyperactifs avec déficit de l'attention. Une recherche de Saucier (1989) indique que les adolescents ayant uniquement des sœurs ont de meilleurs résultats scolaires et perçoivent avoir plus de chances de devenir célèbres (indice plausible d'estime de soi) que ceux vivant uniquement avec des frères.

Synthèse des recherches sur le sexe des membres de la fratrie

L'étude du sexe des membres de la fratrie s'est effectuée selon deux tangentes cliniques jusqu'à maintenant, soit via la délinquance et via l'interaction entre le rang de naissance et le sexe des membres de la fratrie. Les études sur la délinquance montrent clairement qu'en présence d'une augmentation du nombre de sœurs dans la fratrie, le phénomène de délinquance chez les garçons diminue. Quant à la combinaison du rang de naissance et du sexe des membres de la fratrie, il semble exister une association entre les deux variables même si les résultats varient d'un pays à l'autre. En ce qui concerne les données épidémiologiques, il existe peu d'études sur le sujet.

Explications avancées

Peu d'études en pédopsychiatrie ont tenté d'expliquer comment le sexe des membres de la fratrie jouerait un rôle dans l'étiologie des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents. Jones, Offord

et Abrams (1980) montrent que les garçons ont plus de chances de développer des troubles des conduites ou des comportements délinquants lorsqu'ils n'ont que des frères. Ils considèrent qu'en présence de frères, le potentiel d'activation des troubles antisociaux est augmenté soit par socialisation directe ou indirecte ou encore par le comportement des parents, alors qu'en présence de sœurs, nous retrouvons plutôt une diminution de ce potentiel.

Certaines études amènent des pistes de recherche de façon indirecte. En effet, plusieurs auteurs indiquent que les comportements des parents varient selon le sexe des membres de la fratrie (Elder et Bowerman, 1963 ; Farley, 1975). Par exemple, la recherche de Elder et Bowerman (1963) indique que les parents sont plus autoritaires dans les familles composées uniquement de garçons. Une recherche de Kidwell (1981) indique que les garçons vivant avec des filles perçoivent leurs parents comme étant plus punitifs à leur égard lorsque l'écart entre les naissances de la fille et du garçon est rapproché. D'autres auteurs montrent que les garçons premiers-nés vivant uniquement avec des sœurs ont une estime de soi plus élevée (Greenberg et coll., 1963).

Aux États-Unis, Piacentini et Lahey (1986) montrent que les garçons référés en clinique ont plus souvent une sœur et que leur référence est certainement associée au fait que les garçons semblent plus déviants que

les filles lorsqu'on les compare entre eux. Fishbein (1981) explique ses résultats de deux façons. Tout d'abord, il considère que les aînés masculins seraient moins faciles à socialiser que les aînés féminins. Deuxièmement, il estime qu'un enfant dont le sexe est différent de celui de la majorité des membres de la fratrie est plus à risque d'être référé pour une consultation comparativement aux autres car son comportement serait différent de celui des autres enfants de l'autre sexe. Lecourt (1970) confirme ce phénomène à l'aide de données cliniques ; parmi les 15 consultants de son échantillon, 13 proviennent d'une fratrie où le ratio fille-garçon est déséquilibré.

Stocker (1963) explique ses résultats à partir de trois hypothèses : (1) l'hypothèse du lien affectif coupé lors de la venue d'un nouvel enfant, (2) l'hypothèse de l'acculturation plus difficile pour l'aîné (cela ressemble beaucoup au syndrome d'ainité de Boucebci (1996)) et (3) l'hypothèse des tâches excessives. Les auteurs insistent cependant sur le fait qu'aucune de ces explications n'explique totalement le phénomène observé. Les résultats de Martin, Rangel, Keir Hoppe et Leon (1995) pointent vers plusieurs autres facteurs pouvant expliquer le processus de référence chez les enfants d'origine mexicaine tels que le pourcentage de premiers-nés féminins vivant avec leur grand-mère. Ils suggèrent que les premiers-nés féminins sont pris dans une dynamique malsaine entre la mère et la grand-mère. Ils insistent sur le fait que deux « mères » partagent alors le même enfant.

Peskin, Giora et Kaffman (1974) suggèrent que leurs résultats divergents s'expliquent plutôt par des attentes parentales reliées aux rôles sexuels anticipés pour les premiers-nés. Une déviation de ce rôle dans le kibboutz ou le milieu urbain pourrait entraîner une probabilité plus élevée de consultation.

Intervalle intergénérisique

L'intervalle intergénérisique est une variable très étudiée en démographie. Cependant, aucune recherche à notre connaissance n'a inséré cette variable dans des protocoles de recherches cliniques ou épidémiologiques en ce qui concerne la santé mentale des enfants ou adolescents. Certains auteurs ont tenté de déterminer l'impact de cette variable dans plusieurs autres domaines (Kidwell, 1981 ; 1982 ; Hornbostel et McCall, 1986 ; Lasko, 1954 ; Zajonc, 1975). Enfin, plusieurs auteurs ont recommandé l'utilisation de cette variable dans les futurs protocoles de recherche combinée aux autres variables mentionnées ci-dessus (taille de la fratrie, rang de naissance et sexe des membres de la fratrie) (Adam, 1972 ; Havassy-de Avila, 1971 ; Hornbostel et McCall, 1986 ; Scholler, 1972 ; Watkins, 1992).

Les recherches cliniques

Déjà en 1927, Adler croyait que plus les naissances étaient rapprochées, plus la compétition entre les enfants serait intense. Cette

compétition est perçue de façon positive ou négative par différents auteurs, selon leur allégeance théorique. Aucune recherche clinique, à notre connaissance, n'a tenu compte de l'intervalle intergénéral. On examine plus souvent les variables comme la taille de la fratrie, le rang de naissance et le sexe des membres de la fratrie, comme nous venons de le voir ci-dessus.

Les recherches épidémiologiques

Lasko (1954) a montré que les premiers-nés et les seconds-nés sont plus stressés lorsqu'un autre enfant s'ajoute à la famille deux ou trois ans suivant leur naissance comparativement à ceux qui vivent cette situation quatre ans après. Par contre, Zajonc (1975) a montré que les écarts entre les scores de quotient intellectuel sont peu importants lorsque l'intervalle intergénéral entre deux naissances est de 4 ans ou plus. De son côté, Kidwell (1981) a noté une relation curvilinéaire ; les adolescents perçoivent une relation plus positive avec leurs parents lorsque leur frère ou sœur le(la) plus rapproché(e) est né(e) moins de 12 mois ou plus de quatre ans après eux, comparativement à deux ou trois ans après eux. Une autre recherche de Kidwell (1982) révèle que les adolescents de rang intermédiaire présentent en moyenne une estime de soi plus basse lorsque leurs frères ou sœurs sont nés deux ans avant ou après eux plutôt que moins d'un an. Les adolescents de rang intermédiaire de familles nombreuses manifestent eux

aussi une faible estime de soi lorsque l'intervalle intergénéral est en moyenne de deux ans.

Synthèse des recherches sur l'intervalle intergénéral

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, peu d'auteurs ont travaillé avec cette variable dans les recherches sur la santé mentale de l'enfant. Ceux qui en ont tenu compte montrent une relation avec certains types de problèmes.

Explications avancées

Peu d'explications ont été proposées pour expliquer les résultats observés. L'hypothèse la plus souvent proposée est celle de la compétition entre les enfants lorsque les naissances sont trop rapprochées.

Agrégats de problèmes de santé mentale dans la fratrie

Notre questionnement sur la composition de la fratrie amène à nous interroger à savoir si certaines *compositions fraternelles* seraient plus à risque de manifester un indice de psychopathologie global élevé en terme de santé mentale. Cela renvoie aux préoccupations premières des cliniciens à savoir si plusieurs membres de la fratrie pourraient manifester une même psychopathologie.

Les recherches cliniques

Les enfants référés en cliniques pédopsychiatriques avaient des frères ou des sœurs qui avaient déjà consulté dans la même clinique ou ailleurs. La recherche de Lecourt (1970) montre que chez les 15 enfants de son échantillon, 30 de leurs 35 frères et sœurs avaient déjà été vus dans cette clinique ou ailleurs. Ces premières recherches ont surtout porté sur l'évaluation de la possibilité de « contagion » de la pathologie dans le contexte où un autre membre de la fratrie a déjà ce problème (Jones et Jones, 1992). Ces résultats, quoique intéressants, ne nous donnaient pas d'information précise sur certains types de fratries plus à risque en terme de psychopathologie.

Un autre pan de recherche s'est plutôt attardé sur les comportements des frères ou sœurs d'enfants souffrant de certains problèmes de santé mentale ou inscrits dans des services de pédopsychiatrie. Les données de ces recherches révèlent que beaucoup de frères et sœurs de ces enfants présentent des problèmes de santé mentale (Hoover et Franz, 1972 ; Lidz, Fleck, Alanin et Corelison, 1963 ; Wynne et Singer, 1963). Une étude de Deal et MacLean (1995) indique que des adolescents ayant un frère ou une sœur hospitalisé dans une clinique psychiatrique présentent plus de détresse psychologique et des habiletés sociales moins bonnes lorsque comparés à un groupe contrôle d'adolescents non hospitalisés.

Les recherches épidémiologiques

D'autres auteurs ont par la suite tenté de déterminer si certains enfants étaient plus à risque de manifester des problèmes de comportements en vérifiant le comportement d'autres enfants dans la même fratrie. Ce genre d'étude basée sur la notion de prédiction permet de tenir compte de certaines caractéristiques comme le rang de naissance et le sexe des enfants. Par exemple, la recherche de Baillargeon, Tremblay et Willms (article en préparation), effectuée à partir des données de l'ELNEJ, vise à déterminer si l'agressivité est souvent présente chez les frères et sœurs d'enfants considérés agressifs. Leurs données indiquent que lorsque les premiers-nés sont très agressifs, les seconds-nés ont 3.4 fois plus de chances d'être très agressifs (le statut socio-économique des parents était contrôlé).

Une suite logique à ces recherches était de se demander si certaines compositions fraternelles présentent une agrégation de problèmes de santé mentale. À notre connaissance, peu d'auteurs à ce jour ont tenté de déterminer si certaines fratries sont plus à risque de présenter une concentration de psychopathologies précises. Szatmari, Boyle et Offord (1993) l'ont fait en contrôlant pour la taille de la fratrie, le sexe des membres de la fratrie et l'âge des enfants. Leurs données proviennent de l'Enquête ontarienne sur la santé mentale des jeunes et montrent l'existence d'une agrégation de certains types de problèmes comme les troubles des

conduites et les troubles intériorisés lorsqu'on examine certaines variables de la fratrie. On retrouve plus d'agrégats pour les problèmes de déficit de l'attention et les troubles intériorisés dans les fratries de 4 enfants et plus, comparativement à celles de deux ou trois enfants. On observe également des agrégats plus importants pour les troubles des conduites dans les fratries composées uniquement de garçons comparativement aux fratries mixtes ou uniquement constituées de filles.

Synthèse des recherches sur les agrégats de problèmes de santé mentale

En général, il est bien établi que les enfants qui consultent en clinique ont des frères ou sœurs qui ont déjà consulté ou qui sont plus à risque de consulter dans le futur. Ces recherches ne s'intéressent habituellement pas aux caractéristiques de la fratrie telles que sa taille, le rang de naissance et le sexe des enfants. Un autre pan de recherche porte plutôt sur la notion de contagion de certains problèmes de santé mentale comme les troubles des conduites ou l'agressivité.

En ce qui concerne les recherches sur la notion d'agrégation des problèmes de santé mentale, il existe peu de recherches à notre connaissance. L'étude de Szatmari, Boyle et Offord (1993) indique clairement que certains agrégats de problèmes se retrouvent plus souvent dans des compositions fraternelles précises. Les prochaines recherches se

doivent de mieux contrôler la taille de la fratrie et le sexe des membres de la fratrie. Par exemple, pour les fratries de deux enfants, les agrégats doivent être mesurés pour les quatre compositions fraternelles (garçon – garçon ; garçon – fille ; fille – garçon ; fille – fille). Les comportements parents-enfants doivent aussi être mesurés. Cela nous permettrait de savoir si des agrégats de comportements maternels et/ou paternels se retrouvent également chez certaines compositions fraternelles.

Explications avancées

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer les différents résultats mentionnés ci-dessus. Les auteurs des premières recherches cliniques portant sur la psychopathologie des frères et sœurs d'enfants consultants ont avancé plusieurs hypothèses. La première porte sur la notion de *subjectivité parentale*. Il est bien connu que les parents tolèrent mieux certains types de comportements et sont plus enclins à consulter pour d'autres. Certains auteurs parlent du biais de référence en clinique (Szatmari, Boyle et Offord, 1993). Lecourt (1970) suggère que la maladie d'un enfant peut amener les parents à consulter pour les autres, même si les problèmes sont mineurs, ce qu'elle qualifie de « surenchère pathologique ».

La deuxième hypothèse sous-entend que certains membres de la fratrie peuvent être perturbés par le fait qu'un enfant présente une pathologie mentale et/ou physique. Par exemple, certains enfants vivraient des

situations de stress intense lorsqu'ils perçoivent que certains membres de leur famille ne sont pas dans une situation optimale en terme de santé.

La troisième et dernière hypothèse porte sur le processus de socialisation. En effet, il est possible que les enfants de certaines fratries soient plus à risque compte tenu du comportement des parents à l'égard des enfants et/ou du comportement des enfants entre eux.

Les recherches effectuées sur les notions de *contagion* et *d'agrégation* sont basées sur cette dernière hypothèse. Seuls quelques auteurs ont tenu compte de l'influence de certaines variables de la fratrie, comme par exemple le rang de naissance des enfants et le sexe des membres de la fratrie. L'insertion de ces variables dans les devis de recherche indiquent que les auteurs admettent que les comportements des parents et des enfants peuvent varier de façon importante selon ces caractéristiques.

Contribution des recherches cliniques et épidémiologiques

L'intérêt pour les variables de la fratrie découle de préoccupations cliniques au départ. En effet, ce sont les cliniciens qui ont avancé différentes hypothèses pour tenter d'expliquer les associations constatées entre les variables de la fratrie et les problèmes de santé mentale. De plus, une des

contributions importantes est d'avoir suggéré que les comportements des parents pouvaient différer selon certaines variables de la fratrie.

Cependant, les recherches *cliniques* présentent certaines limites, plus particulièrement, le biais de référence. En effet, les enfants référés en clinique ne souffrent pas toujours d'un problème de santé mentale et à l'opposé certains enfants non référés souffrent en fait d'une maladie mentale. Par exemple, les parents peuvent consulter car ils sont moins tolérants à l'égard de certains comportements de leurs enfants. De plus, les recherches cliniques étudient généralement les différents aspects de la fratrie en comparant les pourcentages de consultation d'enfants de sous-groupes donnés (par exemple, être un enfant unique, l'aînée d'une famille, etc.) à ceux de la population générale.

En ce qui concerne les recherches *épidémiologiques*, l'intérêt pour les variables de la fratrie et l'agrégation familiale est plus récent. À partir d'un échantillon habituellement représentatif d'une population, ce type de recherche compare les enfants ayant des problèmes de santé mentale à ceux en n'ayant pas. Il est alors possible de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. De plus, la grande majorité des instruments utilisés dans le cadre de ces recherches sont standardisés, facilitant ainsi les comparaisons avec d'autres résultats de recherches. Au cours des dernières années, une attention importante a aussi été portée afin de déterminer les

associations possibles entre plusieurs blocs de variables, comme les variables de l'enfant et de la famille, avec la santé mentale des enfants.

Toutefois, peu de recherches épidémiologiques ont porté une attention aux variables de la fratrie comme le sexe des membres de la fratrie et les agrégats de problèmes familiaux, ce qui est probablement attribuable aux difficultés techniques et monétaires à interroger plusieurs enfants par famille. En effet, la très grande majorité des recherches ont porté sur un seul enfant par famille, à l'exception de l'enquête ontarienne sur la santé mentale des enfants (Offord et coll., 1983).

Il est important aussi de mentionner que les données cliniques et épidémiologiques peuvent varier de façon importante selon l'informateur interrogé (MacLeod et al., 1999). Par exemple, les données de Sawyer, Baghurst et Mathias (1992) montrent que les problèmes de comportements varient de façon considérable selon qu'il s'agit de l'évaluation faite par des enfants ou des parents. Les enfants interrogés dans la communauté rapportent plus de problèmes intériorisés, mais moins de problèmes extériorisés que leurs parents. On constate le contraire avec les enfants référés en clinique. Ces données montrent qu'il est important de distinguer les informateurs et le type d'échantillon dans les recherches sur la psychopathologie des enfants.

Cadre théorique

Le modèle transactionnel

Le modèle transactionnel développé par Sameroff et Chandler (1975) constitue le cadre théorique de compréhension avec lequel nous aborderons les différents thèmes de la fratrie au cours des prochaines pages. Ce modèle a été développé en réaction au modèle linéaire de développement et va à l'encontre du réductionnisme scientifique prôné depuis plusieurs siècles. En effet, depuis longtemps, le modèle biomédical, basé sur la linéarité, voit l'être humain comme une machine, et la maladie comme le résultat d'un bris de la dite machine (il est important de souligner que le concept de linéarité se comprend *ici* comme un bris et une fatalité, et non comme une addition de symptômes, comme nous le verrons plus loin). Le modèle transactionnel découle en grande partie de la théorie générale des systèmes où les concepts de totalité et de circularité s'opposent au réductionnisme et à la linéarité (Villeneuve et Toharia, 1997).

La plus grande contribution de Sameroff et Chandler (1975) est d'avoir montré à l'aide d'exemples concrets, tirés du domaine de la périnatalité, que le développement n'est pas une notion mécanique et fermée. Cette approche propose des causes multiples et réciproques, et tient compte des transactions multiples qui s'opèrent entre l'environnement, le parent et l'enfant, ces transactions étant dynamiques et réciproquement contributives aux trajectoires développementales. La réalité est perçue plutôt dans une perspective systémique et holistique. Par exemple, ils ont montré que les

complications périnatales (anoxie, prématurité, etc.) au début de la vie ne sont pas associées automatiquement à des problèmes de comportements chez ces enfants au cours de leur vie.

Certaines notions sont inhérentes au modèle transactionnel comme les principes d'équifinalité et de multifinalité (Breton, 1999 ; Dumas, 2000). Le principe d'équifinalité suppose que différentes circonstances peuvent avoir la même conséquence, tandis que le principe de la multifinalité suppose que la même circonstance peut avoir différentes conséquences. L'emploi de ce modèle suppose aussi que l'étiologie des problèmes de santé mentale est multifactorielle plutôt que basée sur une seule variable. Aussi, la notion de discontinuité dans le développement de l'enfant est la norme, contrairement à celle de continuité.

Cicchetti et Rizley (1981) et Sroufe et Rutter (1984) ont aussi contribué au développement de l'approche transactionnelle en faisant des liens avec la psychopathologie développementale en tenant compte des facteurs de protection et de vulnérabilité. La psychopathologie développementale est une discipline qui combine les connaissances actuelles du développement normal de l'enfant et la psychopathologie de l'enfant. Plusieurs caractéristiques interviendraient donc dans le développement normal ou pathologique des enfants.

L'emploi du modèle transactionnel implique de considérer la présence et la combinaison de plusieurs variables pour comprendre les problèmes de psychopathologie des enfants (Chandler et Sameroff, 1975; Breton, 1999). Les variables les plus importantes sont les caractéristiques de l'enfant (l'âge, le sexe, la santé physique, la performance scolaire, la compétence sociale, etc.) et les caractéristiques familiales (la psychopathologie des parents, la structure familiale, la relation parent-enfant, etc.) (Breton, 1999; Valla et Bergeron, 1994). Selon le modèle transactionnel, la relation parent-enfant constitue d'ailleurs une des variables les plus importantes afin de comprendre la psychopathologie de l'enfant (Breton, 1999). Les multiples transactions entre l'environnement, les parents et les caractéristiques de l'enfant sont perçues comme contribuant de façon dynamique et réciproque au développement normal ou anormal de l'enfant. Malgré cela, les variables de la famille ont été peu étudiées en association avec la psychopathologie de l'enfant. Les données récentes montrent par ailleurs l'importance des variables proximales (comme la relation parent-enfant) plutôt que distales (comme le statut socio-économique) (Bergeron et coll., 2000).

Plan de travail

Plusieurs explications spécifiques dans le domaine de recherche de la fratrie ont été avancées afin de comprendre les différences entre les problèmes de santé mentale des enfants ayant ou non certaines caractéristiques (enfant unique ou non, premier-né ou second-né, etc.). Ces

explications nous permettront de faire le lien avec le modèle transactionnel décrit ci-dessus.

En ce qui concerne la littérature sur les *enfants uniques*, trois aspects expliquent le plus souvent la psychopathologie des enfants : (1) la privation de frère et/ou de sœur, (2) le statut socio-économique faible des parents et (3) la qualité de la relation parent-enfant. L'absence de frère et/ou de sœur est perçue comme étant négative pour le développement des enfants uniques. Quant au statut socio-économique des parents, les enfants de situation unique vivant dans des familles monoparentales sont désavantagés sur plusieurs plans, autant affectif qu'économique comparativement à ceux de statut de familles intactes. Le troisième aspect fait plutôt référence à l'influence du rôle des parents. Plusieurs auteurs croient que la qualité de la relation parent-enfant a une influence décisive sur le comportement des enfants uniques et de ceux ayant des frères et/ou des sœurs. Les comportements différentiels des parents seraient à l'origine des écarts observés entre les deux sous-groupes d'enfants. Selon le modèle transactionnel, les parents agiraient différemment selon que les enfants soit seuls ou non. Cette dernière explication a été retenue dans cette thèse pour dégager les différences entre les enfants uniques et ceux ayant au moins un frère et/ou une sœur.

Le **premier** article (tableau 1) de cet ouvrage porte donc sur la comparaison des *enfants uniques* avec ceux ayant *au moins un frère et/ou une sœur*. Le **premier objectif** est de comparer les difficultés de comportement des enfants des deux sous-groupes. Le **second objectif** consiste à comparer si les dimensions de la relation mère-enfant varient parmi les deux sous-groupes d'enfants. Le **troisième** et dernier **objectif** consiste à déterminer quelles variables indépendantes sont les meilleurs prédicteurs des différentes difficultés de comportement des enfants à partir d'analyses de régression multiple. Des analyses statistiques seront effectuées en divisant les enfants selon certaines catégories basées sur leur âge et leur sexe. Cette technique a déjà été utilisée par certains auteurs (Bergeron et coll., 2000 ; Valla et coll., 1994). Une emphase sera portée sur l'évaluation de la qualité de la relation mère-enfant en relation avec le statut d'enfant unique en tenant compte de leur *effet interactif*, une première à notre connaissance dans ce type de littérature. Il est pertinent de vérifier la possibilité d'interaction entre la relation mère-enfant et la situation d'enfant unique puisque cette dernière variable est une caractéristique stable.

Le fait de travailler avec un grand échantillon permettra de déterminer les associations entre les variables indépendantes et les difficultés de comportements des enfants dans les analyses multivariées. Les variables indépendantes sont les caractéristiques de la famille (le score de dépression de la mère, le fonctionnement familial et la qualité de la relation mère-enfant),

le statut d'enfant unique, les interactions entre cette dernière et les dimensions de la relation mère-enfant et le statut socio-économique.

Le score de dépression de la mère a été retenu car les enfants ayant un parent avec une psychopathologie sont plus à risque de présenter un problème de santé mentale. Les différents auteurs se réfèrent à des aspects spécifiques de la psychopathologie soit : une histoire psychiatrique positive de la mère (Bird et coll., 1989), la présence d'un problème émotionnel chez un des parents (Velez et coll., 1989), la présence d'un trouble anxieux ou dépressif chez un des parents (Bergeron et coll., 2000) et une histoire de traitement pour les « nerfs » d'un des parents (Offord et coll. 1989).

En ce qui concerne le fonctionnement familial, quelques auteurs ont tenté de mesurer cette variable. Les données montrent que lorsqu'il n'est pas adéquat, la probabilité de dépression (Bird et coll., 1989), des troubles de conduites et de déficit de l'attention (Offord et coll., 1989) chez les enfants et les adolescents augmente.

La qualité de la relation mère-enfant a été peu étudiée en épidémiologie. Quelques travaux montrent une association significative positive entre les comportements punitifs des parents et la psychopathologie de l'enfant (Patterson et coll., 1992 ; Bergeron et coll., 2000). Par exemple, les comportements autoritaires, ainsi que les interactions coercitives des

parents, sont associés aux comportements antisociaux des enfants (Patterson et coll., 1992). D'autres indiquent également que les interactions positives entre l'enfant et la mère, et aussi entre l'enfant et le père, constituent un facteur de protection (Forehand, et coll., 1991 ; Jenkins et Smith, 1990). Dans le modèle retenu pour cette thèse, les comportements punitifs et hostiles sont donc des facteurs de risque, tandis que les interactions positives avec l'enfant constituent un facteur de protection.

La prise en compte du statut socio-économique dans les analyses se justifie par le fait que plusieurs auteurs ont proposé d'inclure cette variable dans les futures recherches sur la fratrie. De plus, plusieurs auteurs ont observé une relation négative entre certains problèmes de santé mentale et un faible statut socio-économique dans certaines recherches épidémiologiques (Bird et coll., 1989 ; Offord et coll., 1989 ; Velez et coll., 1989).

À notre connaissance, l'examen simultané des attitudes maternelles, de la situation d'unicité des enfants, ainsi que la présence ou non d'une psychopathologie n'a été fait qu'une seule fois (Bergeron et coll., 2000). Cependant, les interactions entre ces deux variables n'ont pas été vérifiées et cela constitue un des aspects innovateurs de cette recherche dans la compréhension des mécanismes de compréhension de la psychopathologie. De plus, l'analyse multivariée avec contrôle d'indicateurs en tenant compte

Tableau 1. Tableau synthèse des trois articles de la thèse.

Articles	Échantillon (nombre d'enfants)	Questions de recherche	Variables dépendantes	Variables indépendantes	Type d'analyse
Article 1	11 931	Y a-t-il des différences entre les enfants uniques et non uniques en fonction des difficultés de comportement ?	Hyperactivité Trouble intériorisé Agression directe Agression indirecte Crimes contre la propriété	Enfant unique ou non	Bivariée
		Y a-t-il des différences entre les enfants uniques et non uniques en fonction des comportements maternels ?	Interaction positive Comportement hostile Comportement punitif	Enfant unique ou non	Bivariée
		Quelles sont les variables qui prédisent le mieux les difficultés de comportement des enfants ?	Hyperactivité Trouble intériorisé Agression directe Agression indirecte Crimes contre la propriété	Interaction positive Comportement hostile Comportement punitif Fonctionnement familial Dépression de la mère Statut d'enfant unique	Multivariée
Article 2	2 392	Y a-t-il des différences entre les premiers-nés et les second-nés en fonction des difficultés de comportement ?	Hyperactivité Trouble intériorisé Agression directe Agression indirecte Crimes contre la propriété	Premier-né ou second-né du même sexe	Bivariée
		Y a-t-il des différences entre les premiers-nés et les second-nés en fonction des comportements maternels ?	Interaction positive Comportement hostile Comportement punitif	Premier-né ou second-né du même sexe	Bivariée
		Existe-t-il une association entre les comportements maternels et les difficultés de comportement des enfants ?	•	•	Bivariée
Article 3	3 845	Existe-t-il des différences entre les différentes compositions familiales en fonction des agrégats de difficultés de comportement ?	Hyperactivité Trouble intériorisé Agression directe Agression indirecte Crimes contre la propriété	Composition familiale (g, f, ff, gg, fg, gf, fff, fgg, ffg, fgf, ggg, ggf, gff, gfg)	Bivariée
		Existe-t-il des différences entre les différentes compositions familiales en fonction des agrégats de comportements maternels ?	Interaction positive Comportement hostile Comportement punitif	Composition familiale (g, f, ff, gg, fg, gf, fff, fgg, ffg, fgf, ggg, ggf, gff, gfg)	Bivariée
		Existe-t-il une correspondance entre les agrégats de difficultés de comportements et les agrégats de comportements maternels ?	•	•	Comparative

• Compte tenu de la question, il n'est pas possible de dire si les variables sont dépendantes ou indépendantes.

de sous-groupes d'enfants (âge et sexe) constitue un apport à la littérature épidémiologique.

En ce qui concerne le **second article**, la qualité de la relation parent-enfant est examinée pour comprendre la présence de différences entre les premiers-nés et les second-nés de *même sexe* et de *même famille*. En effet, comme Adler (1927) le proposait il y a déjà plusieurs décennies, les premiers-nés se sentent souvent détrônés par les seconds, et ainsi de suite. Les parents agiraient différemment avec les enfants de la famille ; ils auraient plus d'interactions positives et moins d'interactions hostiles et punitives avec les seconds qu'avec les premiers. Il est aussi possible, comme le proposait Adler, que les premiers-nés manifesteraient, au moment de la naissance du second enfant, des comportements de régression en réaction au fait qu'ils n'obtiennent plus toute l'attention parentale positive. La présence de ces attitudes nouvelles chez les premiers-nés pourraient aussi expliquer pourquoi les parents auraient des interactions plus négatives avec eux.

Le deuxième article vise, comme le premier, à comparer dans un **premier temps**, les difficultés de comportement des enfants et les dimensions de la relation mère-enfant des premiers-nés et des seconds-nés de *même sexe* et de *la même fratrie* de deux enfants. Il est très important de faire deux articles distincts portant sur le rang de naissance et la taille de la fratrie. Plusieurs auteurs ont déjà regroupé les enfants de situation unique et

les premiers-nés dans le même échantillon (Sulloway, 1996). Le rationnel sous-tendant ce regroupement est que les premiers-nés vivent pendant une certaine période la situation d'unicité. Nous ne le ferons pas car cela ne nous apparaît pas être la même réalité. Pour ces analyses, seules les fratries composées d'enfants du même sexe (garçon – garçon et fille – fille) ont été retenues vu qu'il est possible que les différences observées dans les fratries mixtes pourraient s'expliquer par le sexe et non par le rang de naissance. Les données relatives aux fratries garçon – fille et fille – garçon sont présentées aux annexes 1 et 4 à titre d'information à la fin de la thèse.

Dans un **deuxième temps**, le même exercice de comparaison sera fait en tenant compte de l'intervalle intergénérisique entre les naissances. Des analyses comparatives seront effectuées avec un intervalle intergénérisique de 2 ans et moins (considéré par certains comme un espacement court (Cicirelli, 1995 ; Hornsbostel et McCall, 1986) et un autre de plus de 2 ans.

Dans un **troisième temps**, cet article vise à déterminer si une association existe entre les comportements maternels positifs (les interactions positives) et négatifs (les comportements hostiles) et les difficultés de comportement des enfants selon leur rang de naissance. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les comportements maternels ont été retenus compte tenu de leur rôle majeur dans un modèle transactionnel et de l'association de certaines dimensions à la psychopathologie des

enfants (Bergeron et coll., 2000 ; Patterson et coll., 1992). Cet article présente pour l'une des première fois des analyses à partir d'enfants d'une même famille et constitue un travail exploratoire contributif. Plus spécifiquement, il vise à formuler des hypothèses sur les mécanismes liés à la psychopathologie. Plusieurs indicateurs de risque (ex. le score de dépression de la mère, le niveau de fonctionnement familial, etc.) n'ont pas été pris en compte à cette étape.

Enfin, l'agrégation des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant est au cœur du **troisième et dernier article**. Comme nous l'avons déjà mentionné en introduction, seuls Szatmari, Boyle et Offord (1993), à notre connaissance, ont calculé des agrégats de problèmes de santé mentale pour les enfants en tenant compte de certaines caractéristiques de la fratrie telles que sa taille et le sexe des membres de la fratrie. Dans ce dernier article, la famille est perçue comme un système; plutôt que de voir chaque enfant de façon individuelle, chacun est perçu comme contribuant au fonctionnement de la famille. Les scores de chaque enfant sont alors additionnés pour avoir une vue globale de la famille et constitue un indice de psychopathologie familiale.

Le troisième article vise à explorer le concept de la fratrie dans son ensemble et à déterminer si certaines compositions fraternelles sont plus à risque en termes de difficultés de comportement. Contrairement à Szatmari,

Boyle et Offord (1993), nous avons contrôlé la taille exacte des fratries dans les analyses. Il est donc possible de vérifier pour les agrégats de plusieurs compositions fraternelles parmi les familles d'un, de deux et de trois enfants (cela donne un total de 14 compositions fraternelles possibles).

Le **premier objectif** consiste à comparer les agrégats de difficultés de comportement des enfants et les agrégats de comportements maternels selon la taille de la fratrie. Le **second** consiste à déterminer pour chacune des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant, quelles sont les compositions fraternelles les plus à risque, en les classant selon leur score global d'agrégat. Le **troisième objectif** vise à examiner la concordance entre les agrégats de difficultés extériorisés (cumul des symptômes d'hyperactivité, d'agressivité et de crimes contre la propriété) des enfants et les agrégats de comportements maternels négatifs (cumul des comportements hostiles et punitifs) des 14 compositions fraternelles. Le même exercice est fait pour les agrégats de symptômes intériorisés.

Il est important de signaler que ce travail constitue également une recherche exploratoire. Nous envisageons de tenir compte d'autres indicateurs dans les analyses futures comme le statut socio-économique des familles.

Méthodologie

Présentation générale de l'enquête

Les données de cette étude proviennent de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). Cette enquête porte sur un échantillon représentatif de 22 831 enfants canadiens âgés de 0 à 11 ans, visités pour la première fois entre novembre 1994 et mars 1995. Ils seront suivis jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire à tous les deux ans (jusqu'à maintenant, ils ont été interrogés deux autres fois). Le but de cette enquête est de recueillir des informations afin d'améliorer la sécurité et le bien-être des enfants sur l'ensemble du territoire canadien (Montigny, 1994).

Cette enquête étudie le développement global de l'enfant. Elle porte sur un ensemble de facteurs qui influencent leur croissance et leur développement, comme les caractéristiques socio-démographiques, les caractéristiques de l'enfant et celles de la famille.

Les ménages de l'enquête, pour la plupart, ont déjà participé à l'Enquête mensuelle sur la population active (EPA). Le plan de sondage de cette enquête est un échantillonnage en grappes. Cela signifie que l'ELNEJ a sélectionné un échantillon de logements et que les informations sont recueillies auprès des individus de chaque logement. L'échantillonnage en grappes constitue une méthode facile à utiliser et permet de limiter les coûts liés aux frais de déplacements. Cette façon de faire entraîne cependant un

effet de plan. Une des façons de contrer l'effet de plan est de diminuer la probabilité alpha de .05 à .01.

Travaux antérieurs effectués à partir des données de l'ELNEJ

Depuis que les données sont disponibles pour analyses, plusieurs résultats ont été publiés sous forme de rapports ou dans certains périodiques. Les principaux résultats sont présentés au tableau 2. On remarque que les variables dépendantes sont souvent les difficultés de comportement des enfants alors que les variables indépendantes sont souvent les pratiques parentales ou encore, différentes caractéristiques des enfants (enfant immigrant ou non, enfant unique ou non, etc.).

Les informateurs

Les données présentées dans cette thèse proviennent uniquement de l'évaluation des mères ; en effet, on retrouve un seul informateur par famille dans l'ELNEJ. Nous avons choisi les mères car elles représentent 91.5% des répondants des ménages et elles passent en moyenne plus de temps que les pères auprès de leur enfant (et donc les connaissent mieux). D'autre part, il n'est pas possible de comparer les réponses des pères et des mères puisqu'ils n'évaluent pas les mêmes enfants, mais plutôt des enfants de familles différentes. Le fait d'avoir un seul informateur constitue une des limites de cette recherche exploratoire. Certains affirment même que l'utilisation de différentes sources d'informations est devenue l'un des critères

Tableau 2. Synthèse des travaux publiés à partir des données de l'ELNEJ.

Questions de recherches (auteurs)	Variables indépendantes	Variables dépendantes	Principaux résultats
Est-ce que les enfants après un divorce ont plus de chances de présenter des troubles émotifs ou de comportement ? (Haddad, 1999)	Situation de l'enfant (vit avec ses deux parents, avec son père ou avec sa mère)	Anxiété Trouble affectif Hyperactivité Trouble de conduite Violence physique Comportement asocial	- Les enfants en situation de garde manifestent plus de problèmes. - Aucune différence selon le type de garde (père ou mère).
Pourquoi certains enfants de familles monoparentales ne présentent pas de problèmes ? (Ross, Roberts et Scott, 1999)	Pratiques parentales	Indice de vulnérabilité (santé, comportement, trouble émotif et réussite scolaire)	- Les enfants avec un indice de vulnérabilité élevé vivent plus souvent dans une famille où les pratiques parentales sont inefficaces.
Déterminer les caractéristiques qui ont le plus d'incidence sur la réussite scolaire. (Ryan et Adams, 1999)	Pratiques parentales	Hyperactivité	- Ils montrent dans leur modèle une association positive entre les pratiques parentales et les symptômes d'hyperactivité.
Déterminer si le nombre de familles monoparentales par quartier a une incidence sur le comportement des enfants. (Boyle et Lippman, 1999)	Nombre de familles monoparentales par quartier Statut socio-économique	Trouble de conduite Hyperactivité Trouble affectif	- Plus le nombre de familles monoparentales augmente plus le nombre d'enfants ayant des problèmes augmente. - Il n'y a pas de lien avec la pauvreté d'un quartier.
Déterminer l'impact du nombre de changements. Sur les difficultés de comportement des enfants ? (Kohen, Hertzman et Wiens, 1999)	Modification de garde Déménagements Transferts d'école	Trouble de comportement Tempérament	- Les enfants de familles défavorisées ont vécu plus de changements. - Association positive entre les modalités de garde et les troubles de comportement.
Existe-t-il un lien entre l'agressivité chez les filles et d'autres types de problèmes ? (Pepler et Sedighadenlami, 1999)	Agressivité	Hyperactivité Inattention	- Les filles agressives manifestent plus de problèmes d'hyperactivité et d'inattention - Elles manifestent également plus de problèmes avec les pairs.
Les enfants immigrants manifestent-ils plus de problèmes que les enfants canadiens ? (Beiser, Hou et Hyman, 1999)	Statut de l'enfant (immigrant ou canadien)	Hyperactivité Trouble affectif Trouble de conduite	- Les enfants immigrants ont moins de problèmes de santé mentale que les enfants canadiens. - Les familles canadiennes pauvres sont plus souvent dysfonctionnelles et les parents présentent plus de pratiques parentales déficientes.
Quelle type de relations entretienne les enfants de populations vulnérables ? (Jenkins et Keating, 1999)	Qualité de la relation avec les autres	Trouble de comportement	- Les enfants ayant 3 risques et plus et des relations passables et médiocres ont en moyenne plus de troubles de comportement.
Les enfants présentant le plus de comportements antisociaux sont-ils désavantagés dans certaines sphères de leur vie ? (Wade, Pevalin et Brannaigan, 1999)	Difficultés de comportement	Caractéristiques de la famille École Communauté	- Les enfants présentant le plus de comportements antisociaux sont les plus désavantagés sur le plan de la famille, à l'école et en terme de variables de santé.
Est-ce qu'il existe des différences entre les enfants uniques et non uniques en fonction de l'agressivité ? (Tremblay et coll., 2000)	Enfant unique ou non (garçon et fille)	Symptômes d'agressivité	- Aucune différence entre les garçons uniques et non uniques. - Les filles uniques manifestent moins de symptômes que celles non uniques.

importants pour juger de la rigueur d'une recherche en épidémiologie (Rutter, 2000). L'accord entre les informateurs est habituellement considéré comme un indice d'une probabilité de la présence d'une pathologie chez l'enfant. Au cours des dernières années, plusieurs stratégies ont été mises sur pied comme l'utilisation d'analyses séparées des données des différents informateurs ou l'identification d'un informateur considéré comme étant la mesure « étalon-or » (MacLeod et coll., 1999).

Malgré cette limite, l'ELNEJ présente l'avantage d'avoir plusieurs enfants interrogés dans une même famille (jusqu'à quatre enfants peuvent être interrogés par ménage, mais ils doivent être âgés de moins de 11 ans) comparativement aux enquêtes épidémiologiques antérieures (pour une exception, voir l'enquête ontarienne sur la santé mentale des jeunes (Offord et coll., 1993)). Cette particularité est essentielle afin de comparer des enfants de rangs différents de mêmes familles (problématique de l'article 2) et afin de construire un indice de psychopathologie par famille (problématique de l'article 3).

Les informations sur la santé mentale de l'enfant proviennent habituellement des parents, des cliniciens, des enseignants et des enfants eux-mêmes. Le désaccord entre ces différents informateurs au sujet de la santé mentale des enfants et des adolescents (mesurée selon la position taxinomique/catégorielle) représente un problème important. Les études les

plus récentes ont surtout mesuré l'accord entre les parents et les enfants. En général, les données indiquent que l'accord entre les parents et les enfants sur la présence d'un problème de santé mentale est d'environ 20% et l'accord sur le même trouble de seulement 10% (Valla et Bergeron, 1994). L'accord est plus grand pour les comportements visibles, de type extériorisé, comparativement à ceux de type intériorisé (trouble anxieux, trouble dépressif, etc.).

Il est important de rappeler que la prévalence d'un problème de santé mentale chez l'enfant varie selon l'informateur interrogé. Par exemple, les résultats de certaines recherches montrent que les professeurs sont plus susceptibles de percevoir les troubles extériorisés comme l'hyperactivité, tandis que les enfants déclarent plus souvent la présence de traits intériorisés (MacLeod et coll., 1999). Aussi, le degré d'accord augmente en fonction de l'âge de l'enfant et de la présence ou non d'une psychopathologie chez le *parent* informateur (Offord, 1995 ; Valla et coll. 1997). D'autres variables peuvent intervenir chez les *professeurs* comme le sexe de l'enfant et le statut socio-économique. Des différences importantes sont aussi à noter selon le type d'échantillon utilisé, qu'il soit *clinique* ou *épidémiologique* (MacLeod et coll., 1999). Par exemple, ces derniers soulignent que l'accord entre *parents* et *professeurs* pour certains diagnostic (ex. hyperactivité, etc.) est beaucoup plus élevé dans un échantillon clinique que dans la communauté.

Bergeron et coll. (2000) mentionnent trois hypothèses pouvant expliquer le désaccord entre les différents informateurs : (1) l'immaturation cognitive des enfants, (2) la difficulté des adultes à percevoir les émotions des enfants (surtout les symptômes intériorisés) (3) et le comportement des enfants différent selon les milieux (maison, école, etc.).

Le critère de la psychopathologie

Les classifications de la santé mentale de l'enfant sont divisées en deux grands paradigmes. Le premier fait référence au paradigme taxinomique qui découle de la tradition biomédicale catégorielle. Cette approche scinde les populations étudiées selon la présence ou l'absence d'un diagnostic chez les enfants et les adolescents. Le second est le paradigme nosologique multidimensionnel (la position linéaire) qui provient de la tradition psychologique qui mesure chaque sujet de la population selon un continuum. Dans certains cas, le score des enfants peut alors être situé et évalué par rapport à une norme (certains auteurs sont de cette allégeance, mais ont recours par la suite à un seuil d'utilisation (médiane, un ou deux écarts-types) pour définir la pathologie et la normalité) (Achenbach et Edelbrock, 1983).

La tradition taxinomique (catégorielle) se base sur des guides d'entrevues structurés ou semi-structurés pour établir la présence ou non de pathologie chez les enfants étudiés. Cette approche basée sur l'utilisation du

DSM vise à systématiser les critères pour définir la psychopathologie. Par contre, en ce qui concerne l'approche linéaire (dimensionnelle), la grille de symptômes de Achenbach et Edelbrock (1983) constitue l'une des échelles de mesure les plus utilisées.

Au cours des dernières années, plusieurs auteurs de différentes disciplines et allégeances philosophiques ont écrit sur les deux positions et en ont contrasté les avantages et les inconvénients (Côté et Pham, 2000 ; Everitt, 2000 ; Farrington et Loeber, 2000 ; Fergusson et Horwood, 1995 ; Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber et van Kammen, 1998 ; Millon, 1991 ; Sonuga-Barke, 1998), et ce, autant au niveau technique/statistique qu'épistémologique.

Récemment, Loeber et Farrington (2000) ont suggéré que la catégorisation de la variable dépendante est plus avantageux (ce point avait déjà été soulevé dans leur livre (Loeber et coll., 1998)). Selon eux, la position taxinomique permet une meilleure compréhension des données, l'identification des facteurs de risque associés à une pathologie précise ou à la délinquance et l'identification des enfants souffrant d'un problème de santé mentale. De plus, ils soulignent que cette approche simplificatrice permet de comprendre plus facilement les interactions entre les variables. Pour terminer, ils mentionnent avec insistance, que les résultats présentés sous forme de comparaisons de moyennes, d'analyse de variance ou de

régression multiple (des techniques d'analyse employées dans un cadre linéaire) sont grandement influencés par le fait que seulement une minorité d'individus sont délinquants. De façon concrète, cela signifie par exemple, que certaines moyennes calculées peuvent être élevées, tandis qu'en réalité seuls quelques individus présentent des scores élevés.

D'un point de vue strictement statistique, Loeber et Farrington (2000) mettent l'emphase sur le fait que la plupart des variables ont des distributions non normales et sont donc plus faciles à analyser sous l'angle de la position taxinomique. De plus, ils insistent sur le fait qu'il doit exister une association linéaire entre deux variables pour travailler dans le cadre nosologique linéaire. À partir de leurs données sur la délinquance collectés à Pittsburg, Loeber et coll. (1998) ont contrasté trois types d'analyse de régression. Leurs résultats indiquent que les variables qui prédisent le mieux le phénomène de la délinquance sont généralement les mêmes, peu importe le type d'analyse, soit l'analyse de régression logistique (position taxinomique) ou l'analyse de régression multiple (position linéaire).

En contrepartie, l'utilisation du paradigme linéaire pour mesurer la variable dépendante permet de tenir compte de toute sa variabilité. Cohen (1983) note que la catégorisation des variables dépendantes amène deux points négatifs, soit (1) la réduction du pourcentage de variance expliquée et (2) la réduction de la puissance statistique. Certains comme Everitt (2000)

considèrent que la catégorisation ne reflète pas la vraie nature des données. Il cite Altmann (1998) qui souligne même que les données mesurées sur un continuum ne devraient jamais être catégorisées. De plus, deux autres critiques importantes à la catégorisation ont été avancées au cours des dernières années. La première est que les individus ne présentant aucun ou plusieurs symptômes (quand ceux-ci sont sous le seuil d'utilisation d'un instrument de mesure) sont considérés sur le même pied, c'est-à-dire comme n'ayant pas de problème de santé mentale (Fergusson et Horwood, 1995). Ce point pose alors la question centrale de l'hétérogénéité dans les sous-groupes. Nous y reviendrons plus loin. La seconde critique a trait aux cas d'individus ayant des scores près du seuil d'utilisation de l'instrument (Offord, 1995). Ces individus sont souvent considérés comme pouvant aller dans un sous-groupes ou dans l'autre.

Récemment, Fergusson et Horwood (1995) ont tenté de déterminer quel type de variables indépendantes (taxinomique ou linéaire) pouvait le mieux prédire un an plus tard les comportements considérés délinquants (problème d'alcool, décrochage scolaire, etc.). Leurs données indiquent que les troubles de conduites et les troubles de l'opposition, mesurés sur un continuum, prédisent mieux certaines formes de délinquance que la catégorisation à partir du DSM-III-R. Les auteurs soulignent que ce type de relation ne se retrouve probablement pas toujours et qu'il est essentiel de vérifier la nature des données avant d'effectuer des analyses. Trois éléments

peuvent intervenir dans l'explication de la présence ou non de ce type de relation : (1) la nature de l'échantillon étudié (clinique ou épidémiologique), (2) le phénomène étudié et (3) la mesure utilisée. Le deuxième point est intéressant surtout dans la perspective de l'article de Loeber et Farrington (2000). Ces derniers louangent la catégorisation, mais il ne faut pas perdre de vue qu'ils travaillent spécifiquement sur le phénomène de la délinquance alors que notre recherche porte sur des symptômes de certains problèmes de santé mentale.

Le débat entre les positions taxinomique et linéaire va beaucoup plus loin que la simple présentation d'arguments pragmatiques ou mathématico-statistiques. Le débat fait rage depuis plusieurs années et nous rappelle que des influences épistémologiques (conscientes ou non) sous-tendent notre compréhension du monde. Cela nous ramène à une dimension théorique fondamentale régissant la pensée des individus (qu'ils soient chercheurs, cliniciens ou extérieurs au monde médical). Prendre partie pour la position taxinomique nous amène à percevoir la réalité sous un angle holistique. Le fonctionnement humain est alors perçu comme l'agencement de certains traits et cet agencement actualiserait la pathologie ou la normalité. La notion d'organisation spécifique est l'une des notions importantes de cette position (voir Côté et Pham, 2000). À l'Inverse, la position linéaire pose l'hypothèse de la continuité ; la réalité se comprend alors sur un continuum de

fonctionnement. Les syndromes seraient donc rencontrés chez tous et chacun, mais selon une intensité variable.

Sonuga-Barke (1998) précise qu'il existe plusieurs postulats à la catégorisation des problèmes de santé mentale des enfants. D'après lui, la maladie dans un système binaire représente une entité clinique *distincte* avec une *étiologie précise*, un *développement particulier* et un *traitement spécifique*. La notion d'homogénéité des sous-groupes est inhérente à cette prise de position. Certains auteurs suggèrent cependant que l'hétérogénéité à l'intérieur des catégories diagnostiques, ainsi que le phénomène de comorbidité sont des obstacles à l'utilisation d'un système taxinomique (Clark et coll., 1995). Ils croient que l'utilisation d'un système multidimensionnel permettrait de diminuer le nombre de catégories à quelques dimensions. De plus, la position taxinomique sous-entend que la maladie serait de nature endogène, c'est-à-dire que la psychopathologie est perçue comme une caractéristique de l'individu et non comme le résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement (Sonuga-Barke, 1998).

Le recours à une approche axée sur la taxinomie ou la linéarité détermine aussi le type d'analyse à employer si l'on considère que l'approche linéaire est centrée sur les variables alors que l'approche taxinomique l'est sur les personnes (Bergman et Magnusson, 1997). Selon cette dernière position, une variable ne peut être étudiée en elle-même ; son

apport ne peut être saisi sans que d'autres paramètres soient pris en ligne de compte. Certains soulignent que les analyses typologiques (cluster analysis) doivent alors être utilisés (Côté, 2001) pour rester conséquent avec la logique épistémologique. Pourtant, dans la grande majorité des recherches où est utilisé une variable dépendante catégorielle, les chercheurs emploient quand même d'autres types d'analyses statistiques (ex. analyse de régression logistique), ce qui invaliderait par le fait même une partie de leur travail. D'autre part, l'allégeance à une position linéaire milite en faveur de l'utilisation de comparaison de moyennes, d'analyse de variance et de régression multiple (voir tableau 3).

Tableau 3. Synthèse des cadres épistémologiques.

Vision du monde (cadre épistémologique)	Variables indépendantes	Variables dépendantes	Approche basée ...	Analyse statistique	Cadre de prédiction
Taxinomique	Variables catégorielles	Variables catégorielles	Sur les personnes	Khi-deux, analyse typologique, etc.	Approche clinique
Linéaire	Variables continues	Variables continues	Sur les variables	Test de t, régression multiple, etc.	Approche actuarielle

Le débat se poursuit et il permet de mettre en évidence le côté pragmatique, méthodologique, statistique, épistémologique, voire même philosophique de nos décisions de recherche, finalement de notre perception à percevoir et à comprendre le monde et sa complexité. Certains auteurs avancent cependant qu'il est possible que les deux approches soient nécessaires et complémentaires dans la compréhension de plusieurs réalités (Millon, 1991).

La position adoptée dans cette thèse est la position linéaire, autant au niveau du cadre de réflexion épistémologique, de la nature des variables utilisées (dépendantes et indépendantes) et des analyses statistiques (comparaison de moyennes, analyse de variance et régression multiple). Cette prise de position nous paraissait la plus compatible, surtout dans l'article 1, où nous voulions cumuler des indices de prédiction afin de prédire l'augmentation de certaines difficultés de comportement chez les enfants.

Les variables à l'étude

Certaines caractéristiques de l'enfant et de la famille sont analysées dans les articles de cette thèse. Les caractéristiques de l'enfant sont l'âge et le sexe, considérés comme des marqueurs biologiques importants. Plusieurs caractéristiques de la fratrie sont aussi retenues, telles que la taille de la fratrie, le rang de naissance, le sexe des membres de la fratrie et l'intervalle intergénérisique entre deux naissances. Les caractéristiques de la famille sont le score de dépression de la mère, le score de fonctionnement de la famille et la qualité de la relation mère-enfant. Les autres variables retenues sont les difficultés de comportements des enfants et le statut socio-économique des familles.

L'âge des enfants

L'échantillon de l'ELNEJ est constitué de 7 groupes d'enfants au moment de la première collecte de données : 0 à 11 mois, un an, 2 à 3 ans, 4 à 5 ans, 6 à 7 ans, 8 à 9 ans et 10 à 11 ans (tableau 4).

Tableau 4. Nombre d'enfants par groupes d'âge.

Âge des enfants	Nombre d'enfants	Pourcentage
(0 à 11 mois)	2 226	9.7%
1 an	2 470	10.8%
2 à 3 ans	3 909	17.1%
4 à 5 ans	3 728	16.4%
6 à 7 ans	3 550	15.6%
8 à 9 ans	3 514	15.4 %
10 à 11 ans	3 434	15.0%
Total	22 831	100.0%

Le sexe des enfants

Les données sur le sexe des enfants indiquent que les garçons représentent 50.9% de l'échantillon total.

La taille de la fratrie

Dans le premier article, les enfants uniques sont comparés aux enfants non-uniques. Les données au tableau 5 indiquent que les enfants uniques représentent entre 7.0% et 9.3% des enfants, selon leur âge et leur sexe.

Tableau 5. Distribution des enfants uniques et non uniques selon l'âge et le sexe.

Âge	Sexe	Enfants uniques	Enfants non-uniques (%)	Total
4 à 5 ans	Fille	102 (8.0%)	1 182 (92.0%)	1284
	Garçon	111 (8.5%)	1 195 (91.5%)	1306
6 à 7 ans	Fille	89 (7.6%)	1 076 (92.4%)	1165
	Garçon	83 (7.0%)	1 100 (93.0%)	1183
8 à 9 ans	Fille	78 (7.0%)	1 038 (93.0%)	1116
	Garçon	84 (7.5%)	1 043 (92.5%)	1127
10 à 11 ans	Fille	85 (7.9%)	988 (92.1%)	1073
	Garçon	102 (9.3%)	996 (90.7%)	1098

Le rang de naissance

Dans le second article, on compare les premiers-nés aux seconds-nés des *fratries de deux enfants uniquement*. Les données au tableau 6 montrent les pourcentages pour les quatre compositions fraternelles possibles soit : garçon – garçon, garçon – fille, fille – garçon et fille – fille. Les analyses porteront seulement sur *les compositions fraternelles du même sexe*. Le troisième article ajoute les données sur les fratries de trois enfants. Les résultats indiquent pour les huit compositions fraternelles une répartition assez uniforme ; elles varient entre 9.0% (fille – garçon –fille) et 15.3% (garçon – garçon – fille) (tableau 7).

Tableau 6. Compositions fraternelles dans les familles de deux enfants.

Compositions fraternelles	Nombre	Pourcentage
Garçon – garçon	269	22.5%
Garçon – fille	326	27.3%
Fille – garçon	322	26.9%
Fille – fille	279	23.3%
Total	1196	100.0%

Tableau 7. Compositions fraternelles dans les familles de trois enfants.

Compositions fraternelles	Nombre	Pourcentage
Garçon – garçon – garçon	36	14.9
Fille –garçon – garçon	28	11.6
Garçon – garçon – fille	37	15.3
Fille – garçon – fille	22	9.0
Garçon – fille – garçon	30	12.4
Fille –fille – garçon	36	14.9
Garçon –fille –fille	31	12.8
Fille – fille – fille	22	9.1
Total	242	100.0%

Les difficultés de comportement des enfants âgés de 4 à 11 ans

Au départ, les items de plusieurs enquêtes ont été insérés dans le questionnaire de l'ELNEJ. Ces questions étaient au nombre de 54 et provenaient majoritairement de l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario et de l'Enquête longitudinale de Montréal. Des analyses factorielles effectuées sur 14 226 enfants âgés de 4 à 11 ans ont identifié six facteurs : (1) l'hyperactivité – inattention, (2) le comportement prosocial, (3) les troubles émotifs – anxiété, (4) l'agression physique – problèmes de conduite, (5) l'agression indirecte et (6) l'atteinte à la propriété. Les items qui composent chaque facteur sont décrits au tableau 8. Les alphas de Cronbach sont aussi présentés pour chacune des dimensions au tableau 9. Les alphas sont supérieurs à 0.750 dans cinq cas sur six, sauf pour le facteur « atteinte à la propriété ».

Tableau 8. Items composant les six facteurs identifiés chez les enfants de 4 à 11 ans.

Facteurs	Items
<p>Hyperactivité – inattention (8 items)</p> <p>Score possible de 0 à 16</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ne peut rester en place, est agité/e ou hyperactif/ve • Se laisse distraire, a de la difficulté à poursuivre une activité quelconque • Remue sans cesse • Est incapable de se concentrer, ne peut maintenir son attention sur une longue période • Est impulsif/ve, agit sans réfléchir • A de la difficulté à attendre son tour dans un jeu ou en groupe • A de la difficulté à rester tranquille pour plus de quelques instants • Est inattentif/ve
<p>Comportement prosocial (10 items)</p> <p>Score possible de 0 à 20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Témoigne de la sympathie envers quelqu'un qui a commis une erreur • Essaie d'aider quelqu'un qui s'est blessé • Offre d'aider à nettoyer un gâchis fait par quelqu'un d'autre • Tente d'arrêter une querelle ou une dispute • Offre d'aider d'autres enfants qui ont de la difficulté à accomplir une tâche • Console un enfant qui pleure ou qui est bouleversé • Aide spontanément à ramasser des objets qu'un autre enfant a échappés • Invite ceux qui le regardent à prendre part à un jeu • Vient en aide à d'autres enfants qui ne se sentent pas bien • Saisit l'occasion de valoriser le travail d'enfants moins habiles
<p>Troubles émotifs (8 items)</p> <p>Score possible de 0 à 16</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Semble malheureux/se, triste ou déprimé/e • N'est pas aussi heureux/se que les autres enfants • Est trop craintif/ve ou angoissé/e • Est inquiet/ète • Pleure beaucoup • Semble triste, malheureux/se, près des larmes ou bouleversé/e • Est nerveux/se ou très tendu/e • A de la difficulté à s'amuser
<p>Agression physique (6 items)</p> <p>Score possible de 0 à 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se bagarre souvent • Lorsqu'un autre enfant lui fait mal accidentellement, il/elle suppose que cet enfant l'a fait exprès, se fâche et commence une bagarre • Attaque physiquement les autres • Menace les autres • Est cruel/le envers les autres, les brutalise et fait preuve de méchanceté • Frappe, mord, donne des coups de pied à d'autres enfants
<p>Agression indirecte (5 items)</p> <p>Score possible de 0 à 10</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, essaie d'entraîner d'autres à détester cette personne • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, devient ami/e avec quelqu'un d'autre pour se venger • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit de vilaines choses dans le dos de l'autre personne • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit aux autres : ne restons pas avec lui/elle • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, raconte les secrets de cette personne à quelqu'un d'autre
<p>Atteinte à la propriété (6 items)</p> <p>Score possible de 0 à 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détruit ses propres choses • Vole des choses dans la maison • Démolit des choses qui appartiennent à sa famille ou à d'autres enfants • Dit des mensonges ou triche • Cause du vandalisme • Vole des choses à l'extérieur de la maison

Tableau 9. Les alphas de Cronbach des six facteurs chez les enfants âgés de 4 à 11 ans.

Facteurs	Alpha de Cronbach	Item qui contribue le plus à baisser le alpha de Cronbach	Alpha lorsque l'item est retiré
Hyperactivité – inattention	0.838	Se laisse distraire	0.810
Comportement prosocial	0.816	Console un enfant qui pleure	0.789
Troubles émotifs	0.794	Semble triste, malheureux	0.756
Agression physique	0.770	Attaque physiquement les autres	0.716
Agression indirecte	0.781	Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit aux autres : ne restons pas avec lui/elle	0.733
Atteinte à la propriété	0.637	Détruit ses propres choses	0.553

Les analyses corrélatives montrent qu'il existe des associations significatives entre les six facteurs. Les corrélations ont été calculées à partir des données sur les enfants uniques et non uniques, sujet central du premier article de cette thèse. Les résultats sont présentés aux annexes 5 à 12 pour chacune des catégories d'âge (4 à 5 ans, 6 à 7 ans, 8 à 9 ans et 10 à 11 ans) selon le sexe des enfants. En général, les données indiquent des associations positives significatives entre les construits suivants : l'agression physique et l'atteinte à la propriété, l'hyperactivité et les troubles émotifs (surtout chez les garçons) et l'agression physique et l'agression indirecte (surtout chez les filles). Enfin, on observe aussi une association positive entre l'hyperactivité et l'agression physique chez les enfants uniques surtout.

La relation mère-enfant

La qualité de la relation mère-enfant tente de mesurer si la façon d'élever les enfants est associée à leurs difficultés de comportement. Les questions de départ proviennent de l'échelle de Strayhorn et Weidman (1988). Après la collecte des données, les analyses factorielles ont

identifiées quatre construits : les interactions positives, les comportements hostiles, les comportements punitifs et les comportements consistants. Les items des quatre facteurs sont présentés au tableau 10. Les alphas de Cronbach des quatre facteurs varient entre 0.57 (les comportements punitifs) et 0.81 (les interactions positives). Pour les deux autres dimensions, les comportements hostiles et les comportements consistants, ils sont respectivement de 0.70 et 0.66. Il faut cependant être prudent car initialement cette échelle a été validée auprès d'enfants d'âge pré-scolaire.

Dans les trois articles, nous avons exclu les comportements de cohérence de la mère, les résultats bizarres obtenus nous ont convaincu de ne pas utiliser cette échelle. De plus, nous avons exclu des analyses multivariées les comportements punitifs compte tenu des corrélations élevées avec les deux autres construits (comportements hostiles et interactions positives) (voir le tableau 2 de l'article 1).

L'échelle de dépression

Cette échelle a été administrée à la *personne adulte* qui connaît le mieux l'enfant. L'échelle utilisé est constituée de 12 questions, une version réduite du CES-D de Radloff (1977). Elle permet de mesurer la fréquence des symptômes pendant la semaine précédente. L'échelle comporte douze questions et le score varie entre 0 et 36 ; lorsque le score est élevé, cela indique la présence de symptômes de dépression. Les questions sont

présentées au tableau 11. Suite à une analyse factorielle, les 12 items ont été gardés. Ces 12 items donne un indice global de dépression. L'alpha de Cronbach est de 0.82.

Tableau 10. Items composant les quatre facteurs de la relation mère-enfant.

Facteurs	Items
<p>Interactions positives (5 items)</p> <p>Score possible de 0 à 20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence félicitez-vous ... en lui disant des choses comme « Bravo ! », « C'est très joli ce que tu as fait » ou « Très bien » ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler ou de jouer avec lui/elle, de concentrer votre attention l'un sur l'autre pendant cinq minutes ou plus, pour le simple plaisir ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de rire avec lui/elle ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire avec lui/elle une activité spéciale qu'il/elle aime ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des sports, des passe-temps ou des jeux avec lui/elle ?
<p>Comportements hostiles (7 items)</p> <p>Score possible de 0 à 28</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être contrarié par une parole ou un geste que ... n'est pas censé/e dire ou faire ? • Lorsque vous parlez à ... de son comportement, dans quelle proportion du temps le/la félicitez-vous ? • Lorsque vous lui parlez de sa conduite, dans quelle proportion du temps le/la désapprouvez-vous ? • À quelle fréquence vous mettez-vous en colère lorsque vous punissez ... ? • À quelle fréquence croyez-vous que le genre de punition que vous lui donnez dépend de votre humeur ? • À quelle fréquence croyez-vous avoir de la difficulté à vous y prendre avec lui/elle en général ? • À quelle fréquence devez-vous le/la punir à maintes reprises pour la même chose ?
<p>Comportements punitifs (4 items)</p> <p>Score possible de 0 à 16</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence vous arrive-t-il d'élever la voix, de le/la gronder ou de lui crier après ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de discuter calmement du problème avec lui/elle ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de lui infliger des punitions corporelles ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de lui expliquer d'autres façons de se comporter qui sont acceptables ?
<p>Comportements consistants (5 items)</p> <p>Score possible de 0 à 20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque vous lui ordonnez de faire quelque chose, dans quelle proportion du temps vous assurez-vous qu'il/elle le fait ? • Si vous lui dites qu'il/elle sera puni/e s'il/si elle ne cesse pas de faire quelque chose et qu'il/elle continue de le faire, à quelle fréquence le/la punissez-vous ? • À quelle fréquence laisse-t-on passer des choses pour lesquelles vous pensez qu'il/elle aurait dû être puni/e ? • À quelle fréquence réussit-il/elle à éviter une punition lorsqu'il/elle le veut vraiment ? • Lorsque vous le/la punissez, à quelle fréquence ne tient-il/elle pas compte de la punition que vous lui infligez ?

Tableau 11. Items composant l'échelle de dépression.

Items de l'échelle de dépression
<ul style="list-style-type: none"> • Je n'ai pas eu envie de manger ; j'avais peu d'appétit • J'ai eu le sentiment de ne pas pouvoir me débarrasser du cafard, même avec l'aide de ma famille ou de mes ami(e)s • J'ai eu de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais • Je me suis senti(e) déprimé(e) • J'ai eu le sentiment que tout ce que je faisais me demandait un effort • J'ai été plein(e) d'espoir face à l'avenir • Mon sommeil a été agité • J'ai été heureux (se) • Je me suis senti(e) seul(e) • J'ai joui de la vie • J'ai pleuré • J'ai eu le sentiment que les gens ne m'aimaient pas

L'échelle de fonctionnement de la famille

Cette échelle a été élaborée par des chercheurs à l'Université McMaster (Miller et coll., 1985). Elle a souvent été utilisée au Canada et à l'étranger. Elle sert à mesurer différents aspects du fonctionnement d'une famille soit, la communication, la réceptivité affective, la maîtrise du comportement, etc. Douze questions forment cette échelle et le score total varie entre 0 et 36, un score élevé dénotant un dysfonctionnement de la famille. Les items sont décrits au tableau 12. L'alpha de Cronbach de cette échelle pour l'ensemble de l'échantillon est de 0.88.

Le statut socio-économique

Le *statut socio-économique des ménages* est mesuré par cinq variables : le niveau d'éducation de chacun des parents, le type d'emploi occupé par chacun et le revenu familial global (Willms et Shields, 1996). Le

score de cette mesure varie entre -2 et $+2$; un score négatif indiquant un statut socio-économique plus bas.

Tableau 12. Items composant l'échelle de fonctionnement de la famille.

Items de l'échelle de fonctionnement de la famille
<ul style="list-style-type: none"> • Nous avons de la difficulté à planifier des activités familiales, parce que nous nous comprenons mal les uns et les autres. • En période de crise, nous pouvons compter l'un sur l'autre pour trouver du soutien. • Nous ne pouvons pas parler entre nous de la tristesse que nous ressentons. • Dans notre famille, chaque personne est acceptée telle qu'elle est. • Nous évitons de parler de nos craintes et de nos préoccupations. • Nous exprimons nos sentiments un à l'autre. • Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans notre famille. • Dans notre famille, nous nous sentons acceptés tels que nous sommes. • Nous sommes capables de prendre des décisions sur la façon de régler nos problèmes. • Nous ne nous entendons pas bien les uns avec les autres. • Nous nous confions les uns aux autres. • L'alcool est une source de tension ou de désaccord dans notre famille.

Les analyses statistiques

Compte tenu de la position linéaire adoptée dans cette thèse, des tests de t sont utilisés afin de comparer les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant entre les enfants uniques et les enfants non uniques. Ces tests sont essentiels dans l'article 1 puisque la majorité des écrits déjà publiés sont des études comparatives. Nous pourrions donc comparer nos résultats à la littérature existante.

Par la suite, des analyses de régression multiple sont employées afin de déterminer quelles sont les variables qui prédisent le mieux les difficultés de comportement des enfants selon leur âge et sexe.

Dans le second article, des tests de t seront également employés afin de comparer entre les premiers-nés et les second-nés, les difficultés de comportement et les comportements maternels. Ensuite, des analyses de variance seront employées pour déterminer s'il existe des associations entre les comportements maternels (comportements positifs et hostiles) et les difficultés de comportement des enfants.

Dans le troisième et dernier article, des test de t seront utilisés afin de comparer les difficultés de comportement et les comportements maternels entre les filles uniques et les garçons uniques. En ce qui concerne, les fratries de deux et de trois enfants, des analyses de variance seront plutôt employées compte tenu que nous comparons plus de deux groupes.

Deux raisons militent en faveur de l'emploi de *tests paramétriques* plutôt que *non paramétriques*. La première raison est la taille considérable de l'échantillon de l'ELNEJ. La seconde est que nous avons effectuée des tests non paramétriques (tests de Mann-Whitney) à partir des donnée de l'article 1; les résultats montrent peu de différences avec les tests paramétriques (tests de t). Cette comparaison est disponible aux annexes 13 à 20 à la fin de la thèse.

Premier article

Titre : Relation mère-enfant et difficultés de comportement des enfants uniques et non uniques âgés de 4 à 11 ans.

Auteurs : Jacques D. Marleau et Jean-François Saucier

Affiliation : Jacques D. Marleau, Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal ; Jean-François Saucier, Département de psychiatrie de l'Hôpital Ste-Justine

Adresse : Jacques D. Marleau, [REDACTED]
[REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]
(514) 648-8461 (poste 627)

E-mail : [REDACTED]

Résumé

Objectif : Comparer les difficultés de comportement des enfants et les dimensions de la relation mère-enfant des enfants uniques et des enfants non uniques et déterminer quelles sont les caractéristiques de l'enfant (enfant unique ou non) et de la famille (relation mère-enfant, fonctionnement familial et dépression de la mère) qui prédisent le mieux les difficultés de comportement. **Méthode :** Les informations analysées proviennent de la première étape de cueillette des données de l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) effectuée au Canada. **Résultats :** Les données *bivariées* montrent *peu de différences* entre les deux sous-groupes pour les difficultés de comportement. Cependant, les mères d'enfants uniques ont plus *d'interactions positives* avec leur enfant que les mères d'enfants non uniques. Les analyses *multivariées* indiquent que les variables les plus importantes pour *prédire* les difficultés de comportement sont les comportements hostiles des mères, le score de dépression des mères, le statut socio-économique et le statut d'enfant unique. Plus spécifiquement, le statut d'enfant unique prédit l'augmentation du nombre de symptômes hyperactifs et intériorisés chez les enfants de certaines catégories d'âge. Des interactions avec les comportements hostiles des mères ont aussi été observées. **Conclusions :** En accord avec le modèle transactionnel, les caractéristiques familiales prédisent mieux l'augmentation de certaines difficultés de comportements des enfants que le statut socio-économique. Les interactions observées entre le statut d'enfant

unique et certains comportements maternels invitent à tenir compte de cette réalité dans le futur. L'implication de ces résultats est discutée.

Introduction

Depuis Hall (1927), plusieurs auteurs ont tenté de vérifier si des différences existent entre les enfants uniques et non uniques dans plusieurs sphères psychosociales (voir Polit et Falbo, 1987, pour une recension des écrits). Cependant, la plupart ont travaillé avec des populations *adultes*.

Les *résultats cliniques* sur les enfants uniques sont contradictoires. Certains indiquent qu'ils sont sous-représentés parmi les enfants inscrits en pédopsychiatrie (Sivadon et Lévy-Klein, 1950 ; Chombart de Lauwe, 1959 ; Cornfield, 1968 ; Kurth et Schmidt, 1964 ; Tuckman et Regan, 1967 ; Chevallier, 1988) alors que d'autres soulignent qu'ils sont sur-représentés (Hough, 1932 ; Mackay, Bigras, Melvyn et Bélair ; 1968 ; Jensen, Bloedau, Degroot, Ussey et Davis, 1990 ; Ko et Sun, 1965 ; Siegel, 1951). Les données sont comparées le plus souvent à la proportion d'enfants uniques de la population générale au moment de l'enquête.

Les *données épidémiologiques* sont aussi hétérogènes (tableau 1). Selon une étude québécoise, les enfants uniques, âgés de 9 à 11 ans, sont plus à risque de présenter des troubles intériorisés et extériorisés tels que perçus par les enfants eux-mêmes et leurs parents respectivement, comparativement aux enfants ayant des frères et/ou des sœurs (Bergeron et coll., 2000). Lorsque les professeurs évaluent les problèmes de santé mentale des enfants âgés de 6 à 8 ans, les enfants uniques manifestent plus

de troubles extériorisés que les enfants non uniques. Par contre, les données d'études américaines ne montrent pas plus de symptômes intériorisés chez les enfants uniques (Gates et coll., 1986 ; Polit et Falbo, 1987). En Finlande cependant, Aronen (1991) montre que les enfants uniques de 10 à 11 ont une probabilité plus élevée d'avoir un problème de santé mentale que ceux ayant des frères et/ou des sœurs du même âge. Une autre recherche finlandaise de Luoma, Puura, Tamminen, Kaukonen, Piha, Räsänen, Kumpulainen, Moilanen, Koivisto et Almqvist (1999), basée sur 5400 enfants de 8 à 9 ans, indique que les garçons uniques présentent à l'école plus de symptômes intériorisés et extériorisés que les garçons non uniques, mais pas à la maison. Les données de Matsuura, Okubo, Kojima, Takahashi, Wang, Shen et Lee (1993) montrent que les enfants uniques coréens manifestent plus de symptômes de déviance à l'école, mais ils ne constatent aucune différence chez les enfants japonais et chinois. Plusieurs recherches sur le sujet ont été effectuées en Chine depuis l'implantation de la politique d'un seul enfant au début des années 70. En général, les résultats indiquent seulement quelques différences entre les enfants uniques et non uniques (Matsuura et coll., 1993 ; Tao, 1998 ; Tseng, Kuotai, Hsu, Jinghua, Lian et Kameoka, 1988 ; Wang, Kato, Inaba, Tango, Yoshida, Kusaka, Deguchi, Tomita et Zhang, 2000 ; Xin, Kang Chen, Qin Tang, Feng Lin et McConville, 1992).

Dans les recherches où des différences sont observées entre les deux sous-groupes d'enfants, trois hypothèses ont été avancées (Polit et Falbo, 1987). La première porte sur la privation de frère et/ou de sœur (« sibling deprivation hypothesis ») qui désavantagerait les enfants uniques dans certaines sphères relationnelles. La seconde porte sur le statut socio-économique. Les différences observées entre les enfants uniques et non uniques s'expliqueraient par le statut socio-économique des parents. Enfin, la dernière concerne la qualité des relations entre les parents et les enfants. Certains auteurs ont suggéré que les différences constatées entre les deux sous-groupes pourraient être associées à la qualité de la relation parent-enfant.

La recherche clinique a souvent considéré que les parents des enfants de situation unique ont des comportements "surprotecteurs" (Howe et Maggett, 1975 ; Thomasgard et Metz, 1997) qui seraient nuisibles à ces enfants, tandis que la recherche épidémiologique met l'emphase sur la privation de frère et/ou de sœur qui serait un handicap empêchant l'enfant de développer certaines habiletés sociales (Luoma et coll., 1999). Récemment, Kemppainen et coll. (2001) ont suggéré que les enfants uniques seraient plus souvent rejetés par leur pairs compte tenu de leur style d'interactions. Ils seraient plus à risque de développer des problèmes antisociaux et de commettre des délits à l'âge adulte.

Certaines limites ont été notées dans les recherches antérieures sur les enfants uniques. Si des chercheurs ont examiné le lien entre la taille de la fratrie et la psychopathologie des enfants, ainsi que celui entre la taille de la fratrie et la relation parent-enfant, ils n'ont pas tenu compte des interrelations entre les trois variables. À notre connaissance, seuls Richter, Richter, Eisemann et Mau (1997) l'ont fait avec des patients *adultes*. De plus, plusieurs chercheurs n'ont pas contrôlé pour le statut socio-économique des parents. Ce dernier point est très important puisque les attitudes parentales et les difficultés de comportement des enfants peuvent varier selon les classes sociales.

Les liens seront examinés entre la situation d'enfant unique, les difficultés de comportement et les comportements maternels dans le cadre du modèle transactionnel (Breton, 1999; Sameroff et Chandler, 1975; Scarpa Scerbo et Kolko, 1995). Cette perspective suggère que les difficultés de comportement chez l'enfant surviennent lorsqu'il y a une interaction négative entre certaines caractéristiques de l'enfant et certaines caractéristiques familiales, soit dans le cas qui nous intéresse, le fait d'être un enfant unique ou non et certains types de comportements maternels. De plus, le modèle transactionnel suppose que l'étiologie des difficultés de comportement est multifactorielle et que les caractéristiques proximales (caractéristiques de l'enfant et de la famille) sont plus importantes que les variables distales (statut socio-économique) (Bergeron et coll. 2000 ; Breton et coll., 1999).

Plusieurs caractéristiques sont associées à la psychopathologie des enfants. Les résultats des enquêtes épidémiologiques révèlent que les variables les plus importantes sont les caractéristiques de *l'enfant* et de la *famille* (Bergeron et coll., 2000). Les caractéristiques de l'enfant sont l'âge, le sexe, la situation d'enfant unique et la compétence sociale. Les données indiquent que la prévalence des troubles de conduites et la dépression sont plus fréquents chez les adolescents, tandis que le déficit de l'attention est plus fréquent chez les enfants et adolescents de 6 à 16 ans. Les données sur le sexe révèlent que les garçons sont plus à risque que les filles de présenter des troubles extériorisés. À l'adolescence, la prévalence des troubles anxieux et dépressifs est habituellement plus élevée parmi les filles. En ce qui concerne la compétence sociale, une faible compétence sociale est associée à des troubles intériorisés et extériorisés (Bergeron et coll., 2000).

Les caractéristiques de la famille les plus souvent étudiées sont la psychopathologie des parents, le niveau de fonctionnement familial, la qualité de la relation maritale et de la relation parents-enfants. Dans les études épidémiologiques, la psychopathologie des parents est définie de différentes façons : soit par une histoire psychiatrique positive de la mère (Bird et coll., 1989), soit par la présence d'un trouble émotionnel d'un des parents (Velez et coll., 1989), soit par un parent qui a été traité pour « les nerfs » (Offord et coll., 1989) ou par la présence d'un trouble anxieux ou dépressif chez un des parents (Bergeron et coll., 2000). Ces différentes

mesures sont associées positivement à la psychopathologie des enfants. Quelques auteurs ont tenté de mesurer le fonctionnement familial. Les données montrent que lorsqu'il est inadéquat, la probabilité de dépression (Bird et coll., 1989), des troubles de conduites et de déficit de l'attention (Offord et coll., 1989) augmente chez les enfants et les adolescents. Il existe peu de résultats sur la qualité de la relation parents-enfants. Les résultats de la recherche de Bergeron et coll. (2000) indiquent des associations modérées et faibles entre certains types de comportements (punitifs, de soins et favorisant l'autonomie) et les problèmes de psychopathologie des enfants.

À notre connaissance, un seul auteur s'est intéressé à vérifier si des interactions existent entre le fait d'être un enfant unique ou non et certaines dimensions périnatales (bébé de petit poids, etc.) ou parentales (jeune âge à l'accouchement, etc.) (Kemppainen et coll., 2001). Les données recueillies en Finlande montrent que le fait d'être un enfant unique augmente le risque d'effectuer un délit criminel au cours des 31 premières années de sa vie. La combinaison du statut d'enfant unique avec les variables mentionnées ci-dessus augmente le risque d'effectuer un délit violent. Ce résultat révèle l'importance de vérifier s'il existe des interactions entre le statut d'enfant unique et certains comportements maternels sur la variation des difficultés de comportement. Il est aussi essentiel de déterminer la contribution du statut d'enfant unique tout en tenant compte de certaines variables familiales reconnues pour être associées aux difficultés de comportement des enfants.

Dans notre étude, nous utiliserons les données canadiennes de l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) pour comparer les difficultés de comportement entre des enfants uniques et non uniques. De plus, nous vérifierons si les comportements maternels varient entre les deux sous-groupes d'enfants. Par la suite, nous tenterons de vérifier si le statut d'enfant unique et certaines variables familiales (score de dépression des mères, fonctionnement familial et qualité de la relation mère-enfant) prédisent l'augmentation des symptômes de certaines difficultés de comportement des enfants. À cette dernière étape, les interactions entre le statut d'enfant unique et les comportements maternels seront aussi étudiées.

Méthodologie

Description de l'enquête

Les données de cette étude proviennent de l'ELNEJ. Elles portent sur un échantillon représentatif d'environ 23 000 enfants canadiens âgés de 0 à 11 ans à la première étape du recueil des données. Ces informations ont été recueillies entre novembre 1994 et mars 1995. Les enfants doivent être suivis à tous les deux ans pendant une vingtaine d'années. Les données recueillies visent à créer une base de données nationales sur la trajectoire de développement des enfants dans le but « d'améliorer la sécurité et le bien-être des enfants au Canada » (Montigny, 1994).

Les ménages qui participent dans les dix provinces ont été choisis dans la base de sondage de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada qui est représentative de la population canadienne. L'échantillon de l'ELNEJ exclut certaines populations telles que les enfants placés en établissement et ceux vivant dans des réserves indiennes ou dans les territoires Inuit. Il est à souligner que l'ELNEJ utilise un échantillonnage en grappes et non pas aléatoire et que la cible de l'enquête est le ménage. L'échantillonnage en grappes fait la sélection de regroupements de maisons d'un territoire, puis par la suite des logements en faisant partie.

Population retenue pour les analyses

Pour cette étude, seuls les *enfants biologiques vivant avec leur deux parents naturels* sont retenues. Ce critère de sélection a été retenu car il serait difficile de comparer les fratries des familles biologiques aux fratries des familles séparées. Deuxièmement, *les enfants doivent être âgés entre 4 et 11 ans* afin d'avoir un échantillon le plus homogène possible. Troisièmement, étant donné que les mères et les pères biologiques représentent respectivement 91.5% et 8.5% des répondants parmi les familles intactes, nous avons décidé de *retenir seulement les sujets où la mère biologique est l'informateur*. Il aurait été difficile de travailler avec les pères compte tenu que lorsqu'on divise leur groupe en deux (enfants uniques et non uniques), l'information par cellule devient limitée pour les analyses.

« Tableau 1 environ ici »

Les variables à l'étude

Les difficultés de comportement de l'enfant sont au nombre de cinq : *l'hyperactivité* ($\alpha = 0.81$; score de 0 à 16), *les troubles intériorisés* ($\alpha = 0.79$; score de 0 à 16), *l'agressivité directe* ($\alpha = 0.74$; score de 0 à 12), *l'agressivité indirecte* ($\alpha = 0.77$; score de 0 à 10) et *les crimes contre la propriété* ($\alpha = 0.65$; score de 0 à 12). Chaque comportement est mesuré par une série d'items (voir l'annexe 1 à la fin de l'article). Chaque item est évalué par les mères sur une échelle à trois valeurs : « jamais ou pas vrai », « quelquefois ou peu vrai » ou « souvent ou très vrai ». La première réponse donne un score de 0 et la dernière 2 et chaque enfant obtient un score par le cumul des pointages à chaque item.

Trois dimensions de la relation mère-enfant sont aussi analysées : les *interactions positives* ($\alpha = 0.81$; score de 0 à 35), les *comportements hostiles* ($\alpha = 0.72$; score de 0 à 25), et les *comportements punitifs* ($\alpha = 0.59$; score de 0 à 20) (Strayhorn et Weidman, 1988). Chacune des dimensions est mesurée à l'aide de plusieurs items. Les questions portent sur les choses que l'enfant fait et sur la façon dont la mère réagit. Cinq choix de réponses par items sont possibles : « jamais », « environ une fois par semaine ou moins », « quelque fois par semaine », « une ou deux fois par jour » et « plusieurs fois par jour ».

D'autres mesures ont été retenues comme le statut socio-économique des familles, le score de fonctionnement familial et le score de dépression des mères. Le *statut socio-économique des ménages* est mesuré par cinq variables : le niveau d'éducation des deux parents, le type d'emploi occupé par chacun et le revenu familial (Willms et Shields, 1996). Le score de cette mesure varie entre -2 et +2 ; un score négatif indiquant un statut socio-économique plus bas. Le *fonctionnement familial* est mesuré par l'échelle à 12 items de Miller et coll. (1985) qui mesure la qualité du fonctionnement familial et la relation entre les conjoints. Elle est souvent utilisée au Canada et ailleurs. Le score varie entre 0 et 35 ; score élevé indiquant un fonctionnement familial négatif. Le coefficient alpha est égal à 0.88. Pour ce qui est de la *mesure de dépression*, l'échelle abrégée à 12 items mise au point par Radloff (1977) est utilisée. Le score varie entre 0 et 35 et le coefficient alpha est égal 0.83.

Hypothèses de travail

- (1) Les enfants uniques manifesteraient plus de symptômes intérieurs et extérieurs que les enfants non uniques.
- (2) Les mères auraient plus d'interactions négatives avec les enfants uniques et plus d'interactions positives avec les enfants non uniques.

- (3) Le statut d'enfant unique prédirait une augmentation du nombre de symptômes intériorisés et extériorisés lorsque certaines variables seront contrôlées comme les comportements maternels, le statut socio-économique des ménages et le score de dépression des mères.

Les analyses statistiques

Premièrement, le nombre de symptômes de chaque difficulté de comportements est comparé entre les enfants uniques et les enfants non uniques des quatre groupes d'âge (4 à 5 ans, 6 à 7 ans, 8 à 9 ans et 10 à 11 ans) pour chaque sexe à l'aide de tests de t. La probabilité alpha retenue est de .01 compte tenu que plusieurs tests statistiques ont été effectués et pour tenir compte de l'effet de plan (Pett, 1997). Deuxièmement, les trois dimensions de la relation mère-enfant sont comparées entre les enfants uniques et non uniques avec des tests de t.

En dernier lieu, des analyses de régression sont faites pour chacune des difficultés de comportement en tenant compte du sexe et de l'âge des enfants (huit modèles pour chaque difficulté). La première étape consiste à déterminer les interactions significatives en faisant des analyses après avoir retenu trois blocs de variables. Dans un premier bloc, six variables indépendantes ont été « forcées » dans les modèles ; les attitudes positives des mères, les comportements punitifs des mères, le statut socio-

économique, le score de fonctionnement familial, le score de dépression maternelle et le fait que l'enfant soit seul ou non. Les comportements punitifs n'ont pas été retenus puisqu'ils étaient corrélés aux deux autres attitudes maternelles (attitudes positives et comportements hostiles) (tableau 2). Puis, les interactions doubles ont été entrées pas à pas («stepwise») dans un second bloc d'analyses pour mesurer l'interaction entre les deux attitudes maternelles retenues et le fait d'être un enfant unique ou non. Dans un troisième bloc d'analyses, des interactions triples ont été entrées de façon pas à pas («stepwise»). Les variables retenues pour ces dernières interactions sont les attitudes maternelles, le fait d'être un enfant unique ou non et le statut socio-économique. Les interactions doubles et triples qui étaient significatives au niveau statistique à cette étape ont été entrées dans un modèle pas à pas final («stepwise») avec les six variables indépendantes de départ.

Résultats

Différence entre les enfants uniques et non uniques selon l'âge et le sexe pour les difficultés de comportement (analyse bivariée)

Les données des tableaux 3 à 6 indiquent que les *filles uniques* présentent moins de symptômes *d'agression directe* comparativement aux *filles ayant des frères et/ou des sœurs* et cela pour chacune des tranches d'âge à l'étude (4 à 5 ans, $t = -3.02$, $df = 122.4$, $p = .003$; 6 à 7 ans, $t = -4.09$, $df = 177.7$, $p = .000$; 8 à 9 ans, $t = -3.40$, $df = 96.12$, $p = .001$; 10 à 11 ans, $t =$

-3.49, $df= 113.43$, $p= .001$). De plus, les *filles uniques* âgées entre 10 et 11 ans font également moins de *crimes contre la propriété* ($t= -2.67$; $df= 123.6$; $p= .009$). On ne trouve pas de différence significative pour les *symptômes d'hyperactivité, intériorisés et d'agressivité indirecte*.

« Tableau 3 environ ici »

« Tableau 4 environ ici »

Quant aux *garçons uniques*, on ne trouve pas de résultats significatifs, sauf qu'ils sont en moyenne moins *agressifs* lorsqu'ils sont âgés entre 8 et 9 ans ($t= -2.67$; $df= 104.4$; $p= .009$) comparativement à ceux ayant des frères et/ou des sœurs.

« Tableau 5 environ ici »

« Tableau 6 environ ici »

Différence entre les enfants uniques et non uniques selon l'âge et le sexe pour les dimensions de la relation mère-enfant (analyse bivariée)

On trouve un peu plus de résultats significatifs pour ces variables. Les mères de *filles uniques* ont plus d'*interactions positives* avec leur enfant que les mères ayant plus d'un enfant, quel que soit l'âge (4 à 5 ans, $t= 4.23$, $df=$

1277, $p = .000$; 6 à 7 ans, $t = 4.05$, $dl = 1156$, $p = .000$; 8 à 9 ans, $t = 4.88$, $dl = 95.2$, $p = .000$; 10 à 11 ans, $t = 4.39$, $dl = 1067$, $p = .000$) (tableau 7 à 10). De plus, les mères de *filles uniques* âgées entre 4 et 5 ans perçoivent qu'elles utilisent moins de *comportements punitifs* comparées aux autres ($t = -2.98$, $dl = 1277$, $p = .003$). En dernier lieu, la fréquence des *comportements hostiles* des mères est moins élevée chez les filles uniques âgées de 8 à 9 ans que chez celles ayant un frère et/ou une sœur ($t = -2.74$, $dl = 1105$, $p = .006$).

« Tableau 7 environ ici »

« Tableau 8 environ ici »

L'examen des données sur les garçons montrent que la fréquence des *comportements positifs* des mères à l'égard de ceux qui n'ont pas de frère et/ou de sœur (âgés entre 4 et 9 ans) est plus élevée (4 à 5 ans, $t = 4.73$, $dl = 141.9$, $p = .000$; 6 à 7 ans, $t = 4.49$, $dl = 1178$, $p = .000$; 8 à 9 ans, $t = 3.52$, $dl = 1117$, $p = .000$). Les mères des *garçons uniques* âgés entre 6 et 7 ans emploient moins de *comportements hostiles* ($t = -3.48$, $dl = 1178$, $p = .001$) et moins de *comportements punitifs* ($t = -3.37$, $dl = 1178$, $p = .001$) à leur égard. Pour terminer, les mères de *garçons uniques* de 10 à 11 ans utilisent également moins de *comportements punitifs* ($t = -3.66$, $dl = 1084$, $p = .000$).

« Tableau 9 environ ici »

« Tableau 10 environ ici »

Analyse de régression multiple selon l'âge et le sexe des enfants

Les tableaux 11, 12 et 13 présentent les résultats de huit modèles de régression multiple pour les symptômes hyperactifs, intériorisés et agressifs. Les résultats sont rapportés pour ces trois difficultés de comportement car le statut de situation unique de l'enfant a joué un rôle significatif de façon indépendante ou en interaction avec une dimension de comportement de la mère.

Pour l'*hyperactivité* (tableau 11), le pourcentage de variance (R^2) varie d'un modèle à l'autre ; il oscille entre .146 (filles de 10 à 11 ans) et .203 (filles de 4 à 5 ans). L'examen du tableau indique que certaines variables indépendantes ont un plus grand pouvoir explicatif que d'autres telles que les *comportements hostiles* de la mère (8 analyses sur 8), le *statut socio-économique* (8 sur 8), le *score de dépression* de la mère (6 sur 8) et le *statut d'enfant unique* (4 sur 8). Il est à noter que pour trois autres modèles, on constate une interaction significative entre les *comportements hostiles* de la mère et le statut d'enfant unique.

Les données révèlent, à partir des coefficients bêta non standardisés, que les *comportements hostiles* de la mère sont associés positivement aux *symptômes d'hyperactivité* autant pour les garçons que pour les filles de

toutes les tranches d'âge. En termes concrets, une augmentation d'une unité de la variable indépendante pour les filles de 4 à 5 ans correspond à une augmentation de .375 unité sur la variable dépendante. Les coefficients pour le statut socio-économique indiquent une relation négative pour toutes les tranches d'âge par sexe, c'est-à-dire que plus le *statut socio-économique* diminue, plus le nombre de symptômes augmente (la relation est la plus élevée chez les enfants de 8 à 9 ans, autant chez les filles que les garçons). On constate enfin que le *score de dépression* de la mère est associé positivement, plus souvent chez les garçons, aux symptômes d'hyperactivité.

« *Tableau 11 environ ici* »

L'examen du *statut de situation unique* montre que chez les enfants uniques, les filles âgées de 8 à 9 ans et les garçons âgés entre 4 et 9 ans sont plus à risque d'avoir des symptômes d'hyperactivité, comparativement aux enfants non uniques du même sexe et de la même catégorie d'âge. Par exemple, le fait d'être une fille unique âgées entre 8 et 9 ans est lié à une augmentation de .779 (coefficient bêta non standardisé) des symptômes d'hyperactivité.

De plus, trois interactions sont aussi observées avec les *comportements hostiles de la mère*. Chez les filles de 6 à 7 ans et de 10 à 11 ans, les données montrent que lorsqu'on note *peu de comportements*

hostiles (score de 5 et moins), le score moyen de *symptômes d'hyperactivité* des enfants non uniques est supérieur à celui des enfants uniques ; on constate toutefois l'inverse lorsque les comportements hostiles augmentent, les filles uniques manifestent des scores plus élevés d'hyperactivité que les filles non uniques. Enfin, pour les garçons de 10 à 11 ans, on constate des différences entre les deux sous-groupes d'enfants seulement lorsque le niveau de comportements hostiles est élevé (score de 10 et plus) ; les enfants uniques présentent alors plus de symptômes que les enfants non uniques.

L'examen des analyses de régression multiple portant sur les symptômes *d'agressivité directe* (tableau 12) montre que les variables les plus prédictives sont les *comportements hostiles* de la mère (8 sur 8) et le *score de dépression maternelle* (4 sur 8). On constate une association positive dans tous les cas. Les variances des différents modèles fluctuent entre .150 (filles de 8 à 9 ans) et .210 (filles de 4 à 5 ans). On retrouve une association positive pour la *situation d'enfant non unique* et l'agressivité directe pour trois modèles parmi les filles âgées entre 4 et 9 ans ; le fait d'avoir des frères et/ou des sœurs augmente le score d'agressivité directe. Une seule interaction est observée parmi *les garçons* âgés entre 8 et 9 ans ; cela montre que les enfants non uniques manifestent plus de symptômes d'agressivité directe lorsque les niveaux de comportements hostiles de la

mère sont élevés comparativement aux enfants uniques. On n'observe aucune différence lorsque les niveaux sont plus bas.

« *Tableau 12 environ ici* »

Les différents modèles pour les *symptômes intériorisés* de tous les enfants expliquent entre .114 (garçons de 4 à 5 ans) et .163 (filles de 8 à 9 ans) de la variance (tableau 13), c'est-à-dire beaucoup moins que les deux autres difficultés de comportement mentionnées ci-dessus. Les trois variables les plus importantes sont les *comportements hostiles* de la mère (8 sur 8), le *score de dépression de la mère* (8 sur 8) et le *score de fonctionnement familial* (2 sur 8). Ces trois variables sont associées positivement aux troubles intériorisés. Le statut d'enfant unique joue pour deux modèles : tout d'abord, le fait d'être une fille de condition unique âgée entre 8 et 9 ans *augmente* de .550 le nombre de symptômes intériorisés. Deuxièmement, une interaction avec les *comportements hostiles* de la mère est observée pour les filles âgées entre 4 et 5 ans ; les filles uniques recevant à cet âge un niveau de comportements hostiles élevé présentent *plus* de symptômes intériorisés que celles non uniques.

« *Tableau 13 environ ici* »

Discussion

Les résultats des analyses multivariées indiquent que les variables qui prédisent le mieux les difficultés de comportements sont les comportements hostiles de la mère et le score de dépression de la mère. Ces deux variables sont des caractéristiques de la famille et confirment que les variables proximales sont parmi les plus importantes dans la compréhension du développement de la psychopathologie (Bergeron et coll., 2000). La condition d'enfant unique joue un rôle, surtout pour les symptômes intériorisés, d'hyperactivité et d'agressivité directe. Les interactions observées entre le statut d'enfant unique et les comportements hostiles de la mère confirment aussi le modèle transactionnel. Ce résultat montre la pertinence de tenir compte des interactions dans les futures recherches.

En ce qui concerne les symptômes d'hyperactivité, le fait d'être un enfant de situation unique a un effet significatif sur l'augmentation du nombre de symptômes dans 4 modèles sur 8, soit chez les filles âgées de 8 à 9 ans et chez les garçons âgés de 4 à 9 ans. Les données de Bergeron et coll. (2000) montrent que les enfants uniques âgés de 8 à 9 ans présentent plus de troubles extériorisés que ceux ayant des frères et/ou des sœurs (les troubles extériorisés étaient mesurés par la présence soit d'hyperactivité, de trouble d'opposition ou de trouble des conduites). À notre connaissance, les auteurs n'ont pas fait d'analyse spécifique pour chacun des trois troubles mentaux de la catégorie extériorisée et il est possible que cela ait masqué

une relation spécifique pour l'hyperactivité parmi les enfants uniques. Seuls Xin et coll. (1992) et Tao (1998) ont tenu compte spécifiquement des symptômes d'hyperactivité dans leur recherche sur la fratrie en Chine. Xin et coll. (1992) ne montrent aucune association entre la situation d'unicité de l'enfant et l'augmentation du nombre de symptômes d'hyperactivité. Les données de Tao (1998) indiquent plutôt que les filles uniques présentent moins de symptômes d'hyperactivité que celles non uniques. Il faut cependant être prudent car les données de ces deux recherches proviennent d'analyses bivariées.

Pour les symptômes intériorisés, nos données indiquent que le fait d'être une fille unique âgée de 8 à 9 ans augmente le nombre de symptômes. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Valla et coll. (1994) qui montre que la condition d'enfant unique augmente la chance d'observer la présence d'un trouble intériorisés pour les enfants de 9 à 11 ans lorsque comparé à la présence de frères ou de sœurs.

Les données sur l'agressivité directe montrent que le fait d'être une fille avec des frères ou sœurs (âgées de 4 à 9 ans) est associé à une augmentation des symptômes agressifs en comparaison avec les filles uniques du même âge. Les données bivariées confirment aussi cette tendance. Malgré la différence d'âge, ces résultats vont dans le sens de ceux de Tremblay, Jappel, McDuff, Boivin, Zocolillo et Montplaisir (1999) qui ont

étudié des enfants beaucoup plus jeunes. Ils ont voulu connaître le nombre d'enfants de leur échantillon âgés de 17 mois ayant démontré au moins un comportement agressif depuis leur naissance. Il ressort que les garçons présentent généralement au moins un comportement agressif qu'ils aient ou non des frères et/ou des sœurs (94% vs 90%) ; quant aux filles, celles de situation unique sont moins nombreuses à avoir fait au moins un comportement agressif (68%) comparativement à celles ayant des frères et/ou des sœurs (91%). Ces résultats suggèrent que le fait de vivre avec des frères et/ou des sœurs constitue un élément pouvant contribuer à la présence de traits agressifs, surtout chez les filles.

Les données sur les interactions indiquent que lorsque le nombre de comportements hostiles maternels est élevé, les symptômes hyperactifs et intériorisés sont plus élevés chez les enfants uniques que non uniques. On constate l'inverse pour les symptômes d'agressivité directe ; les garçons non uniques ont plus de symptômes en présence d'un nombre important de comportements hostiles de la mère. Il est possible que les parents doivent recourir à plus de comportements punitifs dans les fratries plus nombreuses afin de faire respecter la discipline (Elder, 1962 ; Sears, Maccoby et Levin, 1957). L'ensemble des données suggèrent que les enfants uniques de certaines catégories d'âge sont plus à risque de présenter davantage de symptômes surtout lorsque le nombre de comportements hostiles est élevé.

Limites de la recherche

Il est important de mentionner certaines limites aux analyses que nous venons de mener. En premier lieu, elles ne permettent pas d'établir des relations causales entre les variables car notre devis est de nature transversale plutôt que longitudinale. Deuxièmement, nous avons travaillé uniquement à partir de la perception des mères, ce qui constitue une faiblesse de l'ELNEJ sur laquelle est basée notre recherche. En effet, plusieurs auteurs mentionnent qu'il est préférable de travailler avec au moins deux informateurs (Rutter, 2000). Dans le futur, les réponses des *professeurs* pourront être comparées avec celles des parents pour pallier à cette limite; en effet, ils ont été interrogés lors de la première collecte de données au sujet des enfants âgés de 10 à 11 ans. En dernier lieu, nous avons travaillé uniquement avec des familles intactes au moment de l'enquête. On espère un jour comparer les enfants des familles non intactes car les données de certaines recherches indiquent que la monoparentalité augmente la probabilité de certains troubles mentaux (Garrison et coll., 1992; Valla et coll., 1994; Velez et coll., 1989 Velez et coll., 1989)

Conclusion

Les données de cette étude indiquent que les caractéristiques de la famille prédisent le mieux certaines difficultés de comportement. Cela confirme l'importance de ces variables dans le développement de la psychopathologie des enfants tel qu'annoncé dans le modèle transactionnel.

De plus, les résultats montrent que le fait d'être un enfant unique ou non prédit l'augmentation de symptômes de certaines difficultés de comportement (hyperactivité et symptômes intériorisés). Aussi, les données interactives suggèrent que les *enfants uniques* sont plus à risque lorsque le nombre de comportements hostiles est élevé chez la mère. Cela suggère que les professionnels devraient insérer dans leur compréhension de la problématique de l'enfant unique l'effet dévastateur des comportements maternels hostiles. Certains auparavant ont déjà insisté sur une intervention pouvant augmenter la qualité de la relation parent-enfant (Harper et Hoopes, 1997 ; Valla et coll., 1994).

Dans le futur, il serait intéressant de comparer des enfants uniques à des premiers-nés. Cette comparaison permettrait de mieux saisir si la présence/absence de frères et/ou de sœurs est un élément pouvant contribuer au développement de certains problèmes de santé mentale. Cette technique ne serait toutefois pas la meilleure façon d'appréhender ce questionnement car la comparaison porterait sur des enfants de familles différentes, constituant ainsi un biais important. Une façon originale d'obtenir une meilleure information serait d'effectuer des analyses chez des enfants qui vont changer de statut, c'est-à-dire des enfants uniques qui plus tard vont devenir des premiers-nés tout en contrôlant pour l'âge. Un autre point important serait de tenter d'évaluer avec des mesures appropriées les

comportements surprotecteurs des parents, entre autre avec les mesures proposées par Thomasgard et coll. (1995).

Références

- Aronen, E. (1991). Family and social factors affecting 10- to 11-year-old children's mental development. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 45: 47-51.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., Breton, J.-P., Gaudet, N., Berthiaume, C., Lambert, J., St-Georges, M. et Smolla, N. (2000). Correlates of mental disorders in the Quebec general population of 6 to 14-years olds. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28: 47-62.
- Bird, H. R., Gould, M. S., Yager, T., Staghezza, B. et Caninon, G.. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 847-850.
- Breton, J.-J (1999). Complementary development of prevention and mental health promotion programs for Canadian children based on contemporary scientific paradigms. *Canadian Journal of Psychiatry* 44: 227-233.
- Chevallier, P. (1988). Population infantile consultant pour des troubles psychologiques. *Population* 3 : 611-638.
- Chomart de Lauwe, M. J. (1959). *Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté*. Paris : Édition du CNRS.
- Corfield, V. K. (1968). The utilization of guidance clinic facilities in Alberta, 1961. *Alberta Psychologist* 9: 15-45.
- Doh, H.-S. et Falbo, T. (1999). Social competence, maternal attentiveness, and overprotectiveness : Only children in Korea. *International Journal of Behavioral Development* 23: 149-162.
- Elder, G. H. (1962). Structural variations in child rearing relationship. *Sociometry* 25: 241-262.
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E. et Waller, J. L. (1992). Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *American Journal of Epidemiology* 135: 792-802.
- Gates, L., Lineberger, M. R., Crockett, J. et Hubbard, J. (1988). Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. *The Journal of Genetic Psychology* 149: 29-34.
- Hall, G. S. (1907). *Aspects of child life and education*. Boston : Ginn.

- Harper, J. M. et Hoopes, M. H. (1997). Only children. In J. D. Noshpitz (Eds.), *Handbook of child and adolescent psychiatry Volume 4: Varieties of development*. New York: John and Wiley, Inc.
- Hough, E. (1932). Some factors in the etiology of maternal over-protection. *Smith College Studies of Social Work* 2: 188-208.
- Howe, M. G. et Madgett, M. E. (1975). Mental health problems associated with the only child. *Journal of the Canadian Psychiatric Association* 20: 189-194.
- Jensen, P. S., Bloedau, L., Degroot, J., Ussery, T., Davis, H. (1990). Children at risk: I. Risk factors and child symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 51-59.
- Kemppainen, L., Jokelainen, J., Järvelin, M.-R., Isohanni, M. et Räsänen, P. (2001). The one-child family and violent criminality: A 31-year follow-up study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry* 158: 960-962.
- Ko, Y. et Sun, L. (1965). Ordinal position and the behavior of visiting the child guidance clinic. *Acta Psychologica Taiwanica* 7:1016-1062.
- Kurth, E. et Schmidt, E. (1964). Multidimensional examinations of stuttering children. *Probleme and Ergebnisse der Psychologie* 12: 49-58.
- Luoma, I., Puura, K., Tamminen, T., Kaukonen, P., Piha, J., Räsänen, E., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Koivisto, A.-M., Almqvist, F. (1999). Emotional and behavioural symptoms in 8-9-year-old children in relation to family structure. *European Child and Adolescent Psychiatry* 8: S29-S40.
- Mackay, J., Bigras, J., Melvyn, C., Bélair, C. (1968). Analyse statistique et psychodynamique de la population canadienne-française qui consulte en pédopsychiatrie: étude préliminaire. *Canadian Psychiatric Association Journal* 13 : 341-351.
- Matsuura, M., Okubo, Y., Kojima, T., Takahashi, R., Wang, Y. F., Shen, Y. C., Lee, K. (1993). A cross-national prevalence study of children with emotional and behavioural problems – A WHO collaborative study in the Western Pacific region. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34: 307-315.
- Meredith, W. H., Abbott, D. A. et Zhu, L. T. (1989). A comparative study of only children and sibling children in the People's Republic of China. *School Psychology International* 10: 251-256.

- Miller, I. W., Bishop D. S., Epstein, N. B. (1985). The McMaster family assessment device: Reliability and validity. *Journal of Marriage and Family Therapy* 11: 345-56.
- Montigny, G. (1994). L'enquête longitudinale nationale sur les enfants. *Cahiers québécois de démographie* 23 : 121-133.
- Offord, D. R., Boyle, M. H. et Racine, Y. (1989). Ontario Child Health Study: Correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 856-860.
- Pett, M. A. (1997). *Nonparametric statistics for health care research: Statistics for small samples and unusual distributions*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Polit, D. F. et Falbo, T. (1987). Only children and personality development : A quantitative review. *Journal of Marriage and the Family* 49 : 309-325.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-reported depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1: 385-401.
- Richter, J., Richter, G., Eisemann, M. et Mau, R. (1997). Sibship size, sibship position, parental rearing and psychopathological manifestations in adults : Preliminary results. *Psychopathology* 30 : 155-162.
- Rutter, M. (2000). Psychosocial influences: critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology* 12: 375-405.
- Scerbo, A. S. et Kolko, D. J. (1995). Child physical abuse and aggression: Preliminary findings on the role of internalizing problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 1060-1066.
- Sears, R. R., Maccoby, E. E. et Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston (IL): Row & Peterson.
- Sivadon, P. et Lévy-Klein, J. (1950). Maturation affective et troubles mentaux : rôle fragilisant des situations de fils unique et de petits derniers. *Annales médico-psychologiques* 108 : 644-649.
- Statistics Canada (1997). *National Longitudinal Survey of Children and Youth: Handbook and Microdata Guide*. Special Surveys Division, Cycle 1, Release 2, Ottawa (Canada).

- Strayhorn, J. M. Et Weidman, C. S. (1988). A parent practices scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27: 613-618.
- Tao, K.-T. (1998). An overview of only child family mental health in China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52: S206-S211.
- Thomasgard, M., Metz, W. P., Edelbrock, C. Et Shonkoff, J. P. (1995). Parent-child relationship disorders. Part 1. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 16: 244-250.
- Tremblay, R. E., Jappel, C., McDuff, P., Boivin, M., Zocolillo, M. et Montplaisir, J. (1999). The search for the age of « onset » of physical aggression : Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behavior and Mental Health* 9: 8-23.
- Tseng, W. S., Kuotai, T., Hsu, J., Jinghua, C., Lian, Y. Et Kameoka, V. (1988). Family planning and child mental health in China: the Nanjing survey. *American Journal of Psychiatry* 145: 1396-1403.
- Tuckman, J. et Regan, R. A. (1967). Size of the family and behavioral problems. *The Journal of Genetic Psychology* 111: 151-160.
- Valla, J. P., Breton, J. J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, S. et Lépine S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans. Rapport de synthèse*. Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé-Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Velez, C. N., Johnson, J. et Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 861-864.
- Wang, F.-F., Oakland, T. et Liu, D.-H. (1992). Behavior problems exhibited by Chinese children from single – and multiple-child families. *School Psychology International* 13: 313-321.
- Wang, D., Kato, N., Inaba, Y., Tango, T., Yoshida, Y., Kusaka, Y., Deguchi, Y., Tomita, F. et Zhang, Q. (2000). Physical and personality traits of preschool children in Fuzhou, China: only child vs sibling. *Child: Care, Health and Development* 26: 49-60.

Willms, J. D. et Shields, M. (1996). *A measure of socioeconomic status for the National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Report for the Special Surveys Division. Ottawa: Statistics Canada.

Xin, R., Kang Chen, S., Qin Tang, H., Feng Lin, X. et McConville, B. J. (1992). Behavioural problems among preschool age children in Shanghai: Analysis of 3000 cases. *Canadian Journal of Psychiatry* 37: 250-258.

Yang, B., Ollendick, T. H., Dong, Q., Xia, Y. et Lin, L. (1995). Only children and children with siblings in the people's Republic of China : Levels of fear, anxiety, and depression. *Child Development* 66 : 1301-1311.

Tableau 1. Caractéristiques des enquêtes épidémiologiques ayant comparé des enfants uniques et non uniques.

Auteurs	Pays	Âge et sexe des enfants	Variables dépendantes mesurées	Type de variables	Informateurs	Type d'analyse	Résultats
Gates et coll. (1986)	États-Unis	404 garçons et filles de 7 à 12 ans	-L'inventaire de dépression -L'inventaire de traits anxieux -L'échelle d'estime de soi	Variables continues	Enfants	Analyse bivariée	Aucune différence entre les enfants uniques et les enfants de rang 1, 2, 3 et 4
Polit et Falbo (1986)	Méta-analyse (la plupart des États-Unis)	Enfants de 6 à 12 ans	Ajustement personnel (estime de soi, anxiété, etc.)	Variables continues	Aucune information	Analyse bivariée	Les scores des enfants non uniques sont plus élevés que ceux des enfants uniques
Meredith et coll. (1989)	Chine	164 garçons et filles de 11 à 13 ans	L'Échelle des compétences sociales	Variables continues	Enfants	Analyse bivariée	Aucune différence entre les enfants uniques et non uniques
Aronen (1991)	Finlande	Garçons et filles de 10 à 11 ans	-----	Variables catégorielles	-----	Analyse bivariée	Les enfants uniques sont plus à risque de présenter un problème psychiatrique que les enfants non uniques
Wang et coll. (1992)	Chine	346 garçons et filles de 9 à 12 ans	L'échelle de Conner	Variables continues	Parents	Analyse bivariée	Les garçons uniques ont des scores de problèmes d'apprentissage, d'impulsivité/hyperactivité et d'anxiété plus élevés que les garçons non uniques
Xin et coll. (1992)	Chine	3000 garçons et filles de 4 à 5 ans	La grille de symptômes de Achenbach	Variables catégorielles	Parents	Analyse bivariée	Une seule différence observée entre les deux sous-groupes : les enfants uniques manifestent plus de comportements de retrait social que les enfants non uniques
Matsura et coll. (1993)	Chine Japon Corée	2432 g et f 2638 g et f 1975 g et f âgées de 6 à 12 ans	L'échelle de symptômes de Rutter	Variables catégorielles	Parents et professeurs	Analyse bivariée	Une seule différence observée entre les deux sous-groupes: les enfants uniques coréens présentent un score plus élevé de problèmes de comportements/émotionnels que les enfants non uniques
Yang et coll. (1995)	Chine	731 garçons et filles de 7 à 17 ans	-L'échelle de peur -L'inventaire de traits anxieux -L'inventaire de dépression	Variables continues	Enfants et adolescents	Analyse bivariée	Les enfants non uniques présentent des scores plus élevés de peur, d'anxiété et de dépression que les enfants uniques
Tao (1998)	Chine	102 garçons et filles de 3 à 6 ans	Version abrégée de la grille de symptômes de Achenbach	Variables catégorielles	Parents et professeurs	Analyse bivariée	Plus d'enfants uniques présentent des comportements timides, obstinés ou de non-respect à l'égard des anciens

Suite du tableau 1. Caractéristiques des enquêtes épidémiologiques ayant comparé des enfants uniques et non uniques.

Auteurs	Pays	Âge et sexe des enfants	Variables dépendantes mesurées	Type de variables	Informateurs	Type d'analyse	Résultats
Luoma et coll. (1999)	Finlande	5379 garçons et filles de 8 à 9 ans	L'échelle de symptômes de Rutter	Variables continues	Parents et professeurs	Analyse bivariée	Les enfants uniques présentent plus de symptômes extérieurs que les enfants non uniques (prof). Les garçons uniques manifestent plus de symptômes intérieurs que les non uniques (prof). Aucune différence selon les parents
Tremblay et coll. (1999)	Canada (Québec)	511 garçons et filles de 17 mois	Construit de l'agression physique dans l'ELNE.J	Variables catégorielles	Mères	Analyse bivariée	Les filles non-uniques font plus souvent un comportement violent que les filles uniques
Bergeron et coll. (2000)	Canada	2400 garçons et filles de 6 à 14 ans	Le Dominique	Variables catégorielles	Parents (surtout les mères) et professeurs	Analyse multivariée	Les enfants uniques sont plus à risque de présenter des troubles extérieurs (9 à 11 ans, P ; 6 à 8 ans (6 à 8 ans, E). Aussi, plus à risque de présenter des troubles intérieurs que les non-uniques (9 à 11, E)
Wang et coll. (2000)	Chine	579 garçons et filles de 3 à 6 ans	L'échelle psychologique	Variables continues	Parents (surtout les mères)	Analyse bivariée	Une seule différence observée entre les sous-groupes : les enfants uniques présentent plus de symptômes somatiques que les premiers-nés et les derniers-nés

P : Parent, prof : Professeur, E : Enfant

Tableau 2. Corrélations entre les différentes dimensions de la relation mère-enfant.

	Interactions positives	Comportements hostiles	Comportements punitifs
Total des enfants de l'échantillon			
Interactions positives	•	-.179**	-.240**
Comportements hostiles		•	.513**
Comportements punitifs			•
Enfants uniques			
Interactions positives	•	-.193**	-.217**
Comportements hostiles		•	.518**
Comportements punitifs			•
Enfants non uniques			
Interactions positives	•	-.173**	-.238**
Comportements hostiles		•	.511**
Comportements punitifs			•

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Tableau 3. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants âgés de 4 à 5 ans.

Difficultés de comportement	Filles				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 102)		Enfants non uniques (n= 1182)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	4.14	3.07	4.18	3.15	-0.14
Trouble intériorisé	2.09	2.10	1.92	2.05	0.81
Agressivité directe	0.93	1.60	1.43	1.74	-3.02***
Agressivité indirecte	0.72	1.21	0.73	1.28	-0.14
Crimes contre la propriété	0.57	0.83	0.75	1.13	-2.09++
Difficultés de comportement	Garçons				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 111)		Enfants non uniques (n= 1195)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	5.79	2.97	5.19	3.42	2.01++
Trouble intériorisé	2.21	1.87	1.96	2.07	1.23
Agressivité directe	1.44	1.84	1.87	2.07	-2.12++
Agressivité indirecte	0.59	1.21	0.72	1.28	-1.08
Crimes contre la propriété	0.92	0.95	1.09	1.30	-1.71

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 4. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants âgés de 6 à 7 ans.

Difficultés de comportement	Filles				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 89)		Enfants non uniques (n= 1076)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	4.30	3.31	3.65	3.04	1.94++
Trouble intériorisé	2.22	2.04	2.30	2.38	-0.28
Agressivité directe	0.56	1.16	1.10	1.60	-4.09****
Agressivité indirecte	0.96	1.36	1.23	1.66	-1.79
Crimes contre la propriété	0.54	0.80	0.58	0.99	0.70
Difficultés de comportement	Garçons				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 83)		Enfants non uniques (n= 1100)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	5.72	4.10	5.08	3.63	1.53
Trouble intériorisé	2.27	2.18	2.28	2.39	-0.42
Agressivité directe	1.58	2.10	1.65	1.99	-0.31
Agressivité indirecte	0.94	1.34	1.06	1.54	-0.70
Crimes contre la propriété	0.80	0.91	0.95	1.24	-1.10

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 5. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants âgés de 8 à 9 ans.

Difficultés de comportement	Filles				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 78)		Enfants non uniques (n= 1038)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	3.97	3.44	3.47	3.15	1.34
Trouble intériorisé	2.85	2.50	2.48	2.42	1.30
Agressivité directe	0.54	1.17	1.01	1.47	-3.40****
Agressivité indirecte	1.19	1.54	1.45	1.82	-1.40
Crimes contre la propriété	0.45	0.80	0.51	0.93	-0.61
Difficultés de comportement	Garçons				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 84)		Enfants non uniques (n= 1043)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	5.71	3.64	4.94	3.83	1.79
Trouble intériorisé	2.49	2.29	2.45	2.62	0.12
Agressivité directe	1.05	1.58	1.54	1.95	-2.67***
Agressivité indirecte	1.12	1.30	1.18	1.64	-0.41
Crimes contre la propriété	0.68	0.79	0.82	1.21	-1.54

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 6. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants âgés de 10 à 11 ans.

Difficultés de comportement	Filles				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 85)		Enfants non uniques (n= 988)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	3.32	3.15	2.98	2.89	1.04
Trouble intériorisé	2.32	2.30	2.51	2.54	-0.67
Agressivité directe	0.49	1.06	0.93	1.47	-3.49****
Agressivité indirecte	1.27	1.62	1.36	1.78	-0.43
Crimes contre la propriété	0.25	0.51	0.41	0.81	-2.67***
Difficulté de comportements	Garçons				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 102)		Enfants non uniques (n= 996)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	5.09	3.82	4.45	3.50	1.73
Trouble intériorisé	2.78	2.65	2.73	2.66	0.20
Agressivité directe	1.12	1.91	1.38	1.75	-1.41
Agressivité indirecte	1.27	1.69	1.20	1.53	0.48
Crimes contre la propriété	0.74	1.50	0.70	1.11	0.32

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 7. Moyennes et écarts type des dimensions de la relation mère-enfant des enfants âgés de 4 à 5 ans.

Relation mère-enfant	Filles				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 102)		Enfants non uniques (n= 1177)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	15.74	2.48	14.57	2.68	4.23****
Comportements hostiles	7.97	3.07	8.68	3.45	-2.01++
Comportements punitifs	8.37	1.81	8.97	1.95	-2.98***
Relation mère-enfant	Garçons				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 111)		Enfants non uniques (n= 1189)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	15.71	2.23	14.65	2.70	4.73****
Comportements hostiles	8.63	3.38	9.39	3.67	-2.10++
Comportements punitifs	8.99	1.97	9.24	2.06	-1.20

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 8. Moyennes et écarts type des dimensions de la relation mère-enfant des enfants âgés de 6 à 7 ans.

Relation mère-enfant	Filles				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 87)		Enfants non uniques (n= 1071)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	14.06	2.52	12.81	2.78	4.05****
Comportements hostiles	7.75	3.12	8.52	3.60	-1.95++
Comportements punitifs	8.44	1.81	8.90	1.99	-2.09++
Relation mère-enfant	Garçons				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 83)		Enfants non uniques (n= 1097)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	14.30	2.47	12.94	2.69	4.49****
Comportements hostiles	7.99	3.31	9.41	3.61	-3.48****
Comportements punitifs	8.48	0.89	9.24	0.97	-3.37****

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 9. Moyennes et écarts type des dimensions de la relation mère-enfant des enfants âgés de 8 à 9 ans.

Relation mère-enfant	Filles				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 78)		Enfants non uniques (n= 1029)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	13.23	2.14	11.98	2.61	4.88****
Comportements hostiles	7.40	4.14	8.58	3.63	-2.74***
Comportements punitifs	8.64	2.15	8.91	1.96	-1.14
Relation mère-enfant	Garçons				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 83)		Enfants non uniques (n= 1036)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	13.12	2.79	12.03	2.71	3.52****
Comportements hostiles	8.49	3.66	9.13	3.80	-1.47
Comportements punitifs	9.01	2.10	9.13	1.98	-0.51

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 10. Moyennes et écarts type des dimensions de la relation mère-enfant des enfants âgés de 10 à 11 ans.

Relation mère-enfant	Filles				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 85)		Enfants non uniques (n= 984)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	12.87	2.84	11.58	2.59	4.39****
Comportements hostiles	7.16	3.74	8.10	3.58	-2.31++
Comportements punitifs	8.31	2.14	8.69	1.93	-1.74+
Relation mère-enfant	Garçons				Valeur de t
	Enfants uniques (n= 98)		Enfants non uniques (n= 988)		
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	12.01	2.95	11.48	2.76	1.80+
Comportements hostiles	8.49	3.93	8.97	3.76	-1.21
Comportements punitifs	8.30	2.02	9.07	2.00	-3.66****

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 11. Coefficients de régression non standardisés (standardisés) pour les modèles sur les symptômes d'hyperactivité.

Variables	Fille 4/5	Fille 6/7	Fille 8/9	Fille 10/11	Garçon 4/5	Garçon 6/7	Garçon 8/9	Garçon 10/11
Interaction positive (A)					.148**** (.116) (3)			
Comportement hostile (B)	.375 **** (.411) (1)	.323 **** (.379) (1)	.343 **** (.397) (1)	.255 **** (.309) (1)	.350 **** (.375) (1)	.413 **** (.408) (1)	.403 **** (.402) (1)	.330 **** (.352) (1)
Statut socio-économique (C)	-.332 *** (-.072) (3)	-.438 **** (-.096) (3)	-.750 **** (-.166) (2)	-.430 **** (-.113) (2)	-.570 **** (-.118) (2)	-.517 **** (-.098) (2)	-.750 **** (-.138) (2)	-.516 **** (-.106) (2)
Score de fonctionnement familial (D)								
Score de dépression de la mère (E)	.059 **** (.089) (2)			.071 **** (.116) (3)	.077**** (.103) (4)	0.066 *** (.081) (3)	.054 * (.068) (3)	.080**** (.111) (3)
Enfant unique (F)			.779 * (.063) (3)		.671* (.056) (5)	1.085 *** (.076) (4)	.932 * (.065) (4)	
A x F								
B x F		.132 **** (.098) (2)		.123 **** (.093) (4)				.104 *** (.078) (4)
A x C x F								
B x C x F								
N	1298	1187	1125	1089	1322	1194	1155	1110
Constante	0.681	0.839	0.516	0.592	0.650	0.877	0.994	1.131
R ² ajusté	.203	.165	.175	.146	.180	.197	.202	.188
F	111.50	79.20	80.45	47.54	59.13	74.23	74.29	65.15
P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

L'ordre des variables dans chaque modèle est entre parenthèse.

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .005; **** p ≤ .001

Tableau 12. Coefficients de régression non standardisés (standardisés) pour les modèles sur les symptômes d'agressivité directe.

Variables	Fille 4/5	Fille 6/7	Fille 8/9	Fille 10/11	Garçon 4/5	Garçon 6/7	Garçon 8/9	Garçon 10/11
Interaction positive (A)								
Comportement hostile (B)	.192 **** (.378) (1)	.176 **** (.392) (1)	.151 **** (.380) (1)	.156 **** (.388) (1)	.224 **** (.395) (1)	.239 **** (.433) (1)	.226 *** (.452) (1)	.176 **** (.382) (1)
Statut socio-économique (C)			-.137 * (-.066) (2)					-.224 **** (-.093) (2)
Score de fonctionnement familial (D)	.028 *** (.082) (3)			.017 * (.058) (3)				
Score de dépression de la mère (E)	.048 **** (.127) (2)			.032 **** (.107) (2)	.064 **** (.142) (2)			.024 * (.068) (3)
Enfant unique (F)	-.345 * (-.053) (4)	-.463 *** (-.076) (2)	-.343 * (-.060) (3)					
A x F								
B x F							-.047 * (-.060) (2)	
A x C x F								
B x C x F								
N	1298	1185	1125	1088	1317	1194	1154	1108
Constante	-.644	-.370	-.287	-.616	-.520	-.587	-.548	-.348
R ² ajusté	.210	.161	.150	.185	.200	.187	.204	.177
F	87.25	115.07	66.93	83.31	165.96	276.05	148.77	80.70
P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

L'ordre des variables dans chaque modèle est entre parenthèse.

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .005; **** p ≤ .001

Tableau 13. Coefficients de régression non standardisés (standardisés) pour les modèles sur les symptômes intériorisés.

Variables	Fille 4/5	Fille 6/7	Fille 8/9	Fille 10/11	Garçon 4/5	Garçon 6/7	Garçon 8/9	Garçon 10/11
Interaction positive (A)								
Comportement hostile (B)	.170 **** (.281) (1)	.217 **** (.331) (1)	.217 **** (.328) (1)	.225 **** (.320) (1)	.152 **** (.270) (1)	.229 **** (.345) (1)	.236 **** (.346) (1)	.213 **** (.302) (1)
Statut socio-économique (C)								
Score de fonctionnement familial (D)			.039 *** (.083) (3)					.047 *** (.088) (3)
Score de dépression de la mère (E)	.079 **** (.179) (2)	.066 **** (.133) (2)	.069 **** (.137) (2)	.089 **** (.171) (2)	.070 **** (.155) (2)	.077 **** (.144) (2)	.065 **** (.119) (2)	.078 **** (.144) (2)
Enfant unique (F)			.550* (.058) (4)					
A x F								
B x F	.054* (.061) (3)							
A x C x F								
B x C x F								
N	1300	1187	1126	1090	1321	1193	1154	1113
Constante	0.104	0.178	0.049	0.353	0.257	-0.134	0.063	0.121
R ² ajusté	.140	.143	.163	.144	.114	.160	.150	.162
F	71.56	100.25	56.00	92.51	86.37	114.24	102.54	72.90
P	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

L'ordre des variables dans chaque modèle est entre parenthèse.

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .005; **** p ≤ .001

Annexes

Annexe 1. Tableau synthèse des variables utilisées dans cette recherche

Échelles de mesure	Construits	Items
Difficultés de comportement	Hyperactivité – inattention (8 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> • Ne peut rester en place, est agité/e ou hyperactif/ve • Se laisse distraire, a de la difficulté à poursuivre une activité quelconque • Remue sans cesse • Est incapable de se concentrer, ne peut maintenir son attention sur une longue période • Est impulsif/ve, agit sans réfléchir • A de la difficulté à attendre son tour dans un jeu ou en groupe • A de la difficulté à rester tranquille pour plus de quelques instants • Est inattentif/ve
	Troubles émotifs (8 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> • Semble malheureux/se, triste ou déprimé/e • N'est pas aussi heureux/se que les autres enfants • Est trop craintif/ve ou angoissé/e • Est inquiet/ète • Pleure beaucoup • Semble triste, malheureux/malheureuse, près des larmes ou bouleversé/e • Est nerveux/se ou très tendu/e • A de la difficulté à s'amuser
	Agression physique (6 items) Score de 0 à 12	<ul style="list-style-type: none"> • Se bagarre souvent • Lorsqu'un autre enfant lui fait mal accidentellement, il/elle suppose que cet enfant l'a fait exprès, se fâche et commence une bagarre • Attaque physiquement les autres • Menace les autres • Est cruel/cruelle envers les autres, les brutalise et fait preuve de méchanceté • Frappe, mord, donne des coups de pied à d'autres enfants
	Agression indirecte (5 items) Score de 0 à 10	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, essaie d'entraîner d'autres à détester cette personne • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, devient ami/e avec quelqu'un d'autre pour se venger • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit de vilaines choses dans le dos de l'autre personne • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit aux autres : ne restons pas avec lui/elle • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, raconte les secrets de cette personne à quelqu'un d'autre
	Atteinte à la propriété (6 items) Score de 0 à 12	<ul style="list-style-type: none"> • Détruit ses propres choses • Vole des choses dans la maison • Démolît des choses qui appartiennent à sa famille ou à d'autres enfants • Dit des mensonges ou triche • Cause du vandalisme • Vole des choses à l'extérieur de la maison

Suite de l'annexe 1. Tableau synthèse des variables utilisées dans cette recherche

Échelles de mesure	Construits	Items
Relation mère-enfant	Interactions positives (5 items) Score de 0 à 20	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence félicitez-vous ... en lui disant des choses comme « Bravo ! », « C'est très joli ce que tu as fait » ou « Très bien » ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler ou de jouer avec lui/elle, de concentrer votre attention l'un sur l'autre pendant cinq minutes ou plus, pour le simple plaisir ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de rire avec lui/elle ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire avec lui/elle une activité spéciale qu'il/elle aime ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des sports, des passe-temps ou des jeux avec lui/elle ?
	Comportements hostiles (7 items) Score de 0 à 28	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être contrarié par une parole ou un geste que ... n'est pas censé/e dire ou faire ? • Lorsque vous parlez à ... de son comportement, dans quelle proportion du temps le/la félicitez-vous ? • Lorsque vous lui parlez de sa conduite, dans quelle proportion du temps le/la désapprouvez-vous ? • À quelle fréquence vous mettez-vous en colère lorsque vous punissez ... ? • À quelle fréquence croyez-vous que le genre de punition que vous lui donnez dépend de votre humeur ? • À quelle fréquence croyez-vous avoir de la difficulté à vous y prendre avec lui/elle en général ? • À quelle fréquence devez-vous le/la punir à maintes reprises pour la même chose ?
	Comportements punitifs (4 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence vous arrive-t-il d'élever la voix, de le/la gronder ou de lui crier après ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de discuter calmement du problème avec lui/elle ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de lui infliger des punitions corporelles ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de lui expliquer d'autres façons de se comporter qui sont acceptables ?
Échelle de dépression (Radloff et coll., 1977) (12 items) Score de 0 à 36		<ul style="list-style-type: none"> • Je n'ai pas eu envie de manger ; j'avais peu d'appétit • J'ai eu le sentiment de ne pas pouvoir me débarrasser du cafard, même avec l'aide de ma famille ou de mes ami(e)s • J'ai eu de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais • Je me suis senti(e) déprimé(e) • J'ai eu le sentiment que tout ce que je faisais me demandait un effort • J'ai été plein(e) d'espoir face à l'avenir • Mon sommeil a été agité • J'ai été heureux (se) • Je me suis senti(e) seul(e) • J'ai joui de la vie • J'ai pleuré • J'ai eu le sentiment que les gens ne m'aimaient pas

Suite de l'annexe 1. Tableau synthèse des variables utilisées dans cette recherche

Échelles de mesure	Construits	Items
Fonctionnement familial (Miller et coll., 1985) (11 items) Score de 0 à 36		<ul style="list-style-type: none">• Nous avons de la difficulté à planifier des activités familiales, parce que nous nous comprenons mal les uns et les autres.• En période de crise, nous pouvons compter l'un sur l'autre pour trouver du soutien.• Nous ne pouvons pas parler entre nous de la tristesse que nous ressentons.• Dans notre famille, chaque personne est acceptée telle qu'elle est.• Nous évitons de parler de nos craintes et de nos préoccupations.• Nous exprimons nos sentiments un à l'autre.• Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans notre famille.• Dans notre famille, nous nous sentons acceptés tels que nous sommes.• Nous sommes capables de prendre des décisions sur la façon de régler nos problèmes.• Nous ne nous entendons pas bien les uns avec les autres.• Nous nous confions les uns aux autres.

Deuxième article

Titre : Rang de naissance, sexe des membres de la fratrie, intervalle intergénéral et difficultés de comportement d'enfants de 4 à 11 ans de fratries composées de deux garçons ou filles.

Auteurs : Jacques D. Marleau et Jean-François Saucier

Affiliation : Jacques D. Marleau, Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal ; Jean-François Saucier, Département de psychiatrie de l'Hôpital Ste-Justine

Adresse de correspondance : Jacques D. Marleau

Téléphone :

E-mail :

Résumé

Objectif : Comparer les premiers-nés aux seconds-nés de *mêmes fratries* relativement à certaines difficultés de comportement et à certaines dimensions de la relation mère-enfant, tout en tenant compte du sexe des membres de la fratrie et de l'intervalle intergénéral. Aussi, déterminer si une association existe entre les comportements maternels et les difficultés de comportements des enfants. **Méthodologie :** Les données proviennent de l'Enquête longitudinale nationale canadienne sur les jeunes et les enfants. L'échantillon de l'étude porte sur 548 familles composées de deux enfants biologiques âgés entre 4 et 11 ans. Seuls les enfants de compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille ont été retenus pour les analyses. **Résultats :** Les données montrent que les premiers-nés manifestent plus de *symptômes intériorisés* que les seconds-nés, tant dans les fratries uniquement masculines (gg) que féminines (ff). L'examen des résultats lorsque l'intervalle intergénéral est contrôlé, révèle plus de différences quand l'intervalle est long (plus de 2 ans) comparativement à court (2 ans et moins). En général, les résultats indiquent également que lorsque les mères manifestent plus de comportements hostiles envers les premiers-nés ou les seconds-nés, ils présentent plus de symptômes extériorisés. **Conclusion :** L'emploi d'un modèle transactionnel permet de mieux comprendre ces résultats. De plus, les données suggèrent que les futures recherches portant sur la fratrie devront tenir compte du sexe des membres de la fratrie et de l'intervalle

intergénérisique. Il nous semble également essentiel que les observations sur le rang de naissance se fassent à partir d'enfants de *mêmes fratries*, ce qui n'a pas été fait dans la plupart des recherches antérieures.

Introduction

Durant les années 20, Adler (1992) fut l'un des premiers à proposer que le rang de naissance des enfants dans la fratrie aurait une influence majeure sur leur développement. Cela constitue un point important de sa théorie sur la *psychologie individuelle comparée*. Par la suite, plusieurs auteurs ont tenté de déterminer si le rang de naissance des individus joue un rôle dans certaines sphères psychosociales (Ernst et Angst, 1983 ; Forer, 1977 ; Miley, 1969 ; Stewart et Stewart, 1995 ; Vockell, Felker et Miley, 1973). S'il existe un nombre considérable d'études publiées sur la relation entre le rang de naissance et les troubles mentaux des *adultes*, il est cependant surprenant d'en constater le nombre limité auprès de populations *d'enfants*.

Recherches cliniques

Des recherches cliniques effectuées en France dans les années 50 présentent une sur-représentation des premiers-nés (aînés) et une sous-représentation des enfants de rangs intermédiaires et des benjamins dans les centres de consultations psychologiques ou psychiatriques (Chombart de Lauwe, 1959 ; Descombey et Roquebrune, 1953 ; Mauco et Rambaud, 1951) lorsque comparés à leur poids relatif dans la population générale. D'autre part, à partir d'une synthèse de 18 recherches françaises, Chevallier (1988) a montré que les enfants de rang 4 et plus ont davantage de probabilités de consulter, ce qu'il

n'attribue pas forcément à un effet du rang dans la fratrie, mais possiblement au fait que les parents consulteraient plus souvent pour les enfants les plus jeunes. Aux États-Unis, quelques auteurs ont aussi collecté de l'information sur le sujet : certaines études rapportent que les parents consultent plus souvent pour les premiers-nés (Jensen, Bloedau, Degroot, Ussery et Davis, 1990 ; Tuckman et Regan, 1967). Mais en général, plutôt que de s'intéresser à l'effet du rang de naissance sur la santé mentale, les auteurs ont plutôt abordé le sujet de la taille de la fratrie en classant les sujets en deux groupes : les enfants uniques et ceux de fratries multiples.

Les recherches cliniques plus récentes contrôlent généralement la taille de la fratrie. La plupart d'entre elles montrent que pour les fratries de deux enfants, les premiers-nés sont plus souvent référés que les seconds-nés (Fishbein, 1981 ; Gimenez et Ferreira de Mattos Silhares, 1993 ; Lahey, Hammer, Crumrine et Forehand, 1980 ; Piacentini et Lahey, 1986). Lahey et coll. (1980) et Piacentini et Lahey (1986) montrent que les garçons sont plus souvent référés que les filles. Ces résultats ne sont toutefois pas universels, comme on peut le constater avec les données israéliennes de Peskin, Giora et Kaffman. (1974). Peu d'études ont porté sur les fratries de trois enfants (Fischbein, 1981).

Recherches épidémiologiques

Quelques auteurs ont tenté de déterminer si une association existe entre le rang de naissance et les problèmes de santé mentale des enfants à partir d'échantillons épidémiologiques. Pour ceux qui n'ont pas contrôlé la taille de la fratrie, leurs résultats indiquent que les aînés sont plus à risque de manifester des troubles intériorisés (Feehan, Stanton, McGee et Silva, 1994 ; Rutter, Tizard et Whitmore, 1970) ou extériorisés (Shepherd, Oppenheim et Mitchell, 1971) ou les deux (Luoma, Puura, Tamminen, Kaukonen, Piha, Räsänen, Kumpulainen, Moilanen, Koivisto et Almqvist, 1999). Ces résultats proviennent de l'Angleterre, des États-Unis et de la Finlande respectivement. Par contre, au Québec (Canada), les données de Valla, Breton, Bergeron, Gaudet, Berthiaume, St-Georges, Daveluy, Tremblay, Lambert, Houde et Lépine (1994) sur un échantillon de 2400 enfants de 6 à 14 ans révèlent que les enfants de 12 à 14 ans occupant un rang élevé dans la fratrie (3^e et plus) ont plus de chances d'avoir des troubles intériorisés que les premiers-nés, les seconds-nés et les enfants de situation unique, selon l'évaluation des parents. Enfin, d'autres auteurs n'ont montré aucune association entre le rang de naissance et certains problèmes de santé mentale (Makaremi, 1992 ; Matsuura, Okubo, Kojima, Takahashi, Wang, Shen et Lee, 1993) chez des enfants iraniens, japonais, chinois et coréens.

Pour les auteurs qui ont contrôlé la taille de la fratrie, les études sont peu nombreuses. Bharathi et Venkatramaiah (1978) indiquent, à partir d'un petit échantillon de 135 enfants indiens âgés de 6 à 8 ans, que les premiers-nés de familles de deux et trois enfants sont en moyenne plus anxieux que ceux de familles de quatre ou cinq enfants. En 1980, Touliatos et Lindholm ont examiné le comportement de 2991 enfants de deux écoles de la région de Houston aux États-Unis. Leurs données révèlent que les derniers-nés de familles de 3 enfants sont plus susceptibles de manifester des troubles des conduites et de délinquance, et cette différence n'est pas observée chez les familles de 4 enfants.

Ces quelques résultats font clairement ressortir que peu d'auteurs ont tenté de mesurer l'existence d'une association entre le rang de naissance et certains problèmes de santé mentale chez les enfants. À notre connaissance, aucune recherche de nature épidémiologique n'a encore tenu compte des caractéristiques de la fratrie telles que le sexe des membres de la fratrie et l'intervalle intergénéral, ce qui constitue une limite importante à ce genre de recherche. Une autre critique porte sur le fait que les auteurs ont rarement comparé entre eux des enfants de *mêmes fratries*, mais plutôt de *fratries différentes*, dans la grande majorité des recherches.

Généralement, les auteurs avancent l'hypothèse que les différences observées entre les rangs de naissance seraient dues aux comportements des parents qui varieraient selon la position de l'enfant dans la fratrie (Furman, 1995). Les liens entre le comportement des enfants, leur position dans la fratrie et la relation parent-enfant n'ont pas été examinés à notre connaissance. Richters, Richters, Eiseman et Mau (1997) ont tenté de déterminer si une association existe entre le rang de naissance des enfants et la relation qu'ont eu leurs parents avec eux (voir aussi Kitamura, Sugawara, Shima et Toda, 1998, pour le lien entre certaines caractéristiques de la fratrie et les comportements parentaux). Cependant, il est à noter que ces recherches récentes ont été effectuées auprès de populations *adultes* et qu'à notre connaissance, les équivalences auprès des enfants sont rares (Dunn et Kendrick, 1980 ; Stewart, 1991). Ces dernières recherches visaient à examiner l'impact de la naissance d'un second enfant sur les relations mère-enfants.

Concrètement, plusieurs auteurs considèrent que la venue d'un deuxième enfant dans la famille est vécue négativement par le premier-né. Durant cette période, l'aîné reçoit généralement moins d'attention et plus de réprimandes. Adler (1927) a été un des premiers à élaborer l'idée que les premiers-nés adopteraient des comportements de régression à la venue d'un frère ou d'une sœur dans la famille. D'autres suggèrent plutôt que les différences

s'expliqueraient par les parents eux-mêmes : à la venue d'un premier enfant, les parents seraient inexpérimentés et anxieux face à leur rôle (Rutter et Cox, 1985). Cette anxiété parentale les amènerait à recourir à un niveau élevé d'attitudes de contrôle envers leur enfant. Leur attitude pourrait avoir un impact, ce qui expliquerait pourquoi les premiers-nés manifestent plus d'anxiété et de peur que les derniers-nés. Les comportements contrôlants et de surprotection des parents pourraient avoir une influence négative sur la santé mentale des enfants premiers-nés, particulièrement pour les troubles intériorisés. Cette approche est en accord avec un modèle transactionnel (Sameroff et Chandler, 1975) où les difficultés de l'enfant sont perçues comme résultant de l'interaction des comportements maternels avec certaines caractéristiques des enfants (rang de naissance, sexe, etc.).

Quelques recherches épidémiologiques ont aussi montré que les comportements des parents étaient associés aux difficultés de comportement des enfants (Bergeron et coll., 2000). Par exemple, Bergeron et coll. (2000) ont montré que les comportements punitifs et les comportements de soins sont associés aux troubles extériorisés et intériorisés. Breton (1999) mentionne également que la qualité de la relation parent-enfant constitue l'une des variables les plus importantes dans un modèle transactionnel.

Le but de cette étude est triple. À partir des données de *l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* (ELNEJ), nous comparerons dans un premier temps les scores moyens des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant entre les premiers-nés et les seconds-nés de *mêmes fratries des compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille*. Dans un deuxième temps, nous effectuerons les mêmes comparaisons mentionnées ci-dessus en tenant compte de l'intervalle intergénéral entre les deux naissances. En dernier lieu, nous vérifierons s'il existe une association entre les comportements maternels (interactions positives et comportements hostiles) et les difficultés de comportement des enfants en tenant compte du rang de naissance, du sexe des membres de la fratrie et de l'intervalle intergénéral.

Méthodologie

Description de l'enquête

Les données de cette étude proviennent de l'ELNEJ. Elles portent sur un échantillon représentatif d'enfants canadiens âgés de 0 à 11 ans de la première vague d'entrevues de l'enquête. La collecte des données de cette première vague a eu lieu entre novembre 1994 et mars 1995. Les enfants seront suivis de façon biennale pendant une vingtaine d'années. Il est important de mentionner que l'ELNEJ utilise un échantillonnage de grappes, et non un échantillonnage

aléatoire, et que la cible de l'enquête est le ménage. L'échantillonnage de grappes vise par exemple à sélectionner au hasard des pâtés de maison d'une ville puis, par la suite, des logements en faisant partie. Les données sont recueillies pour créer une base de données nationale sur la trajectoire de développement des enfants dans le but « d'améliorer la sécurité et le bien-être des enfants au Canada » (Montigny, 1994). Nos analyses portent uniquement sur la première vague d'entrevues de cette enquête. Elles sont donc de nature transversale.

Population retenue pour les analyses

En premier lieu, afin d'avoir une population la plus homogène possible, *les enfants retenus sont ceux qui vivaient avec leurs deux parents biologiques* ; en effet, il aurait été difficile de comparer des enfants de familles intactes à ceux de familles séparées ou reconstituées. Deuxièmement, seules *les familles constituées de deux enfants* pour lesquelles nous avons l'information complète pour chacun ont été retenues pour les analyses. Troisièmement, *les deux enfants devaient être âgés entre 4 et 11 ans*. Les fratries où l'on retrouve un enfant de 3 ans et moins ont été exclues. En dernier lieu, parmi les familles intactes, les mères biologiques représentent 91.5% et les pères biologiques 8.5% des répondants ; pour cette raison, nous avons décidé de *retenir seulement les sujets où la mère biologique est l'informateur*.

En tenant compte des critères mentionnés ci-dessus, 1196 familles de deux enfants (2392 enfants au total) ont été identifiées. Les fratries se répartissent en quatre groupes : deux garçons, un garçon et une fille, une fille et un garçon et deux filles (tableau 1). Les analyses porteront uniquement sur les fratries composées d'enfants du *même sexe*, soit garçon – garçon et fille – fille. Les fratries mixtes n'ont pas été insérées dans l'étude car la comparaison entre des garçons et des filles auraient pu faire ressortir des différences qui se seraient alors expliquer par le sexe des enfants et non par leur rang de naissance.

« *Tableau 1 environ ici* »

Les variables à l'étude

Les variables retenues pour cette recherche sont tout d'abord (1) le rang de naissance, premier-né ou second-né, déterminés par les dates de naissance des enfants de l'enquête, (2) le sexe des membres de la fratrie et (3) l'intervalle intergénésiq, soit le nombre d'années écoulées entre deux naissances successives (Pressat, 1979). Tel que classé par Hornsbostel et McCall (1986), chaque enfant se retrouve dans l'une ou l'autre des catégories, soit d'intervalle court de 2 ans et moins ou d'intervalle long de plus de 2 ans entre les naissances.

Les variables portant sur les difficultés de comportement de l'enfant (annexe 1 à la fin de l'article) sont au nombre de cinq : *l'hyperactivité* ($\alpha= 0.83$; score de 0 à 16), *les troubles intériorisés* ($\alpha= 0.77$; score de 0 à 16), *l'agressivité directe* ($\alpha= 0.78$; score de 0 à 12), *l'agressivité indirecte* ($\alpha= 0.76$; score de 0 à 10) et *les crimes contre la propriété* ($\alpha= 0.66$; score de 0 à 12). Chaque comportement est mesuré par une série d'items. Chaque item est évalué par les mères sur une échelle à trois valeurs : « jamais ou pas vrai », « quelquefois ou peu vrai » ou « souvent ou très vrai ». La première réponse donne un score de 0 et la dernière de 2 et chaque enfant obtient un score total par le cumul des scores.

Trois dimensions de la relation mère-enfant sont aussi analysées : les *interactions positives* ($\alpha= 0.81$; score de 0 à 35), les *comportements hostiles* ($\alpha= 0.72$; score de 0 à 25) et les *comportements punitifs* ($\alpha= 0.58$; score de 0 à 19) (voir Strayhorn et Weidman, 1988). Chacune des dimensions est mesurée à l'aide de plusieurs items ; les questions portent sur les choses que l'enfant fait et sur la façon dont la mère réagit. Cinq choix de réponses par item sont possibles ; soit « jamais », « environ une fois par semaine ou moins », « quelque fois par semaine », « une ou deux fois par jour » et « plusieurs fois par jour ».

Devis de la recherche et des analyses statistiques

Pour *l'ensemble des familles*, les moyennes des difficultés de comportement sont comparées entre les premiers-nés et les seconds-nés, de même que les moyennes des trois dimensions mesurant la relation mère-enfant.

Ensuite, le même exercice est fait pour chacune des deux compositions fraternelles retenues : garçon – garçon (gg) et fille – fille (ff). Comme nous l'avons mentionné plus haut, les compositions garçon – fille (gf) et fille – garçon (fg) ont été exclues pour le moment des analyses compte tenu que les différences trouvées seraient plus complexes à interpréter. Enfin, les deux compositions fraternelles (gg et ff) sont comparées en tenant compte des intervalles intergénéraliques « court » (2 ans et moins) et « long » (plus de 2 ans).

Puisque les variables dépendantes (les difficultés de comportement des enfants et les dimensions de la relation mère-enfant) sont toutes de nature continue et que les enfants comparés proviennent *d'une même famille*, des tests de *t-appariés* sont utilisés pour déterminer si les moyennes diffèrent. L'emploi de tests appariés est rendu nécessaire puisqu'il y a nécessairement dépendance entre les mesures lorsque des enfants d'une même famille sont recrutés.

Le seuil de .01 est retenu pour ces analyses, plutôt que celui obtenu avec la correction de Bonferroni qui rendrait le seuil de signification trop sévère (voir Pett, 1997). Même si la majorité des études retiennent le seuil de .05, le recours au seuil de .01 permet de contrôler davantage la probabilité de faire une erreur de type I, conséquence de la multiplicité des tests employés (Daniel, 1991) et l'effet de plan.

En dernier lieu, des analyses ANOVA détermineront si une association existe entre les comportements maternels (les comportements hostiles et les interactions positives ; les comportements punitifs sont exclus des analyses compte tenu des corrélations élevées avec les deux dimensions) et les cinq difficultés de comportement des enfants. Les scores des comportements hostiles et des interactions positives de la mère sont obtenus en calculant la différence des scores des premiers-nés et des second-nés. Un score positif indique plus de comportements hostiles à l'égard du premier-né, un score négatif signifie plus de comportements hostiles à l'égard du second-né et un score de 0 indique que les deux enfants reçoivent le même nombre de comportements hostiles (pour les interactions positives, un score plus élevé indique que les premiers-nés ont plus d'interactions positives avec leur mère).

Les pointages des difficultés de comportement des enfants sont calculés en faisant la moyenne des différences entre les scores des premiers-nés et des seconds-nés. Une moyenne négative indique que les seconds-nés présentent plus de symptômes, tandis qu'une moyenne positive montre que ce sont les premiers-nés qui manifestent plus de symptômes. La probabilité retenue pour ces analyses est .01 pour la même raison que mentionnée ci-dessus. Par la suite, des tests de comparaison multiple post-hoc sont faits afin de déterminer si des différences significatives existent entre les paires de moyennes. Le test LSD (« Least Significant Differences ») est utilisé lorsque les variances sont égales, tandis que le test de Games-Howell (GH) est utilisé lorsque les variances sont inégales.

Hypothèses de recherche

Les données présentées dans la littérature permettent d'avancer trois hypothèses de recherche. La première porte sur le rang de naissance. Les premiers-nés manifesteraient plus de symptômes de difficultés de comportement que les seconds-nés car, selon la théorie adlérienne, la venue d'un deuxième enfant détrônerait le premier-né qui adopterait des comportements de « régression » et présenterait plus de difficultés de comportement (extériorisés et/ou intériorisés). De plus, la théorie sur l'inexpérience des parents va dans le

même sens que l'hypothèse avancée puisque les premiers-nés seraient plus à risque de développer des troubles intériorisés.

La deuxième hypothèse porte sur les dimensions de la relation mère-enfant. Il est à prévoir que les mères auraient plus d'interactions positives avec les seconds-nés qu'avec les premiers-nés compte tenu de leur implication plus importante avec les enfants plus jeunes, de leur degré d'anxiété moindre et de leur plus grande expérience. De plus, elles auront plus de comportements hostiles et punitifs avec les premiers-nés compte tenu de leurs difficultés de comportement plus élevées.

La dernière hypothèse porte sur l'intervalle intergénéral. Il est à prévoir qu'en présence d'un écart de 2 ans et moins entre les naissances, les premiers-nés présenteraient plus de difficultés de comportement que les seconds-nés, comparativement aux enfants où l'on observe des intervalles plus grands (plus de 2 ans).

Résultats

Différences entre tous les premiers-nés et tous les seconds-nés pour les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant pour l'ensemble de l'échantillon (n= 1196 ménages)

L'examen des données de *l'ensemble de l'échantillon* (pour les quatre compositions fraternelles) indiquent plusieurs différences significatives au niveau statistique (tableau 2). Les seconds-nés présentent plus de *symptômes d'hyperactivité* ($t = -6.45$, $df = 1195$, $p \leq .001$), *d'agressivité directe* ($t = -3.92$, $df = 1195$, $p \leq .001$) et de *crimes contre la propriété* ($t = -5.98$, $df = 1195$, $p \leq .001$), tandis que les premiers-nés manifestent plus de symptômes de *troubles intériorisés* ($t = 13.75$, $df = 1195$, $p \leq .001$). Aucune différence n'a été notée pour *l'agressivité indirecte*.

« *Tableau 2 environ ici* »

En ce qui concerne les dimensions de la relation mère-enfant, on remarque une seule différence significative au niveau statistique (tableau 2). Les seconds-nés ont plus *d'interactions positives* avec leur mère ($t = -14.82$, $df = 1195$, $p \leq .001$). Aucune différence significative n'est notée pour les *comportements hostiles* et les *comportements punitifs*.

Différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant selon les compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille

L'examen du sexe des membres de la fratrie montre des différences selon les compositions fraternelles. Les premiers-nés manifestent plus de *symptômes intériorisés* que les seconds-nés (garçon – garçon, $t = 7.59$, $df = 268$, $p \leq .001$; fille – fille, $t = 6.64$, $df = 278$, $p \leq .001$) (tableau 3 et 4). En ce qui concerne *l'hyperactivité*, les secondes-nées des fratries composées uniquement de filles manifestent plus de symptômes que les premières-nées ($t = -4.78$, $df = 278$, $p \leq .001$). En dernier lieu, les données sur les *crimes contre la propriété* révèlent que les seconds-nés masculins en font plus que leurs aînés ($t = -3.48$, $df = 268$, $p \leq .001$).

« *Tableau 3 environ ici* »

« *Tableau 4 environ ici* »

Les données indiquent que les mères ont plus *d'interactions positives* avec les seconds-nés que les premiers-nés (garçon – garçon, $t = -5.45$, $df = 268$, $p \leq .001$; fille – fille, $t = -8.27$, $df = 278$, $p \leq .001$). Aucune différence n'est notée

dans les deux types de fratries pour les *comportements hostiles* et les *comportements punitifs*.

Différences entre les premiers-nés et les seconds-nés de chacune des deux compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille pour les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant lorsque l'intervalle intergénérisique est de 2 ans et moins

Les données au tableau 5 montrent que dans les fratries composées uniquement de garçons, les premiers-nés présentent plus de symptômes *intériorisés* ($t= 5.85$, $dl= 138$, $p\leq .001$) que les seconds-nés. Aucune différence significative n'est notée pour les autres difficultés de comportement. Une seule dimension de la relation mère-enfant diffère ; les seconds-nés ont plus *d'interactions positives* avec leur mère ($t= -2.70$, $dl= 138$, $p\leq .01$). On constate les mêmes résultats pour les fratries composées de deux filles (voir le tableau 6).

« *Tableau 5 environ ici* »

Différences entre les premiers-nés et les seconds-nés de chacune des deux compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille pour les difficultés de comportement des enfants et les dimensions de la relation mère-enfant lorsque l'intervalle intergénérisique est de plus de 2 ans

Dans les fratries composées uniquement de garçons, les premiers-nés présentent plus de symptômes *intériorisés* que les seconds-nés ($t= 4.85$, $dl= 129$, $p\leq .001$) (tableau 7). Cependant, les second-nés font plus de *crimes contre la*

propriété que les premiers-nés ($t = -3.63$, $df = 129$, $p \leq .001$). Ils ont également plus d'*interactions positives* avec leur mère ($t = -5.21$, $df = 129$, $p \leq .001$).

« *Tableau 6 environ ici* »

« *Tableau 7 environ ici* »

Pour terminer, dans les fratries uniquement composées de filles, les premières-nées présentent plus de symptômes *intériorisés* ($t = -4.65$, $df = 142$, $p \leq .001$), mais moins de symptômes *d'hyperactivité* que les secondes-nées ($t = -4.65$, $df = 142$, $p \leq .001$) (tableau 8). Une fois de plus, les secondes-nés ont plus d'*interactions positives* avec leur mère que les premières-nés ($t = -7.88$, $df = 142$, $p \leq .001$).

« *Tableau 8 environ ici* »

Association entre les comportements hostiles et les interactions positives de la mère et les difficultés de comportement des enfants

En général, les données indiquent que lorsque les mères manifestent plus de comportements hostiles envers les premiers-nés, ces derniers montrent en moyenne plus de symptômes extériorisés, autant chez les garçons que chez les

filles (tableau 9). On constate la même chose lorsque les mères ont recours à plus de comportements hostiles envers les seconds-nés. Quant aux symptômes intériorisés, les premiers-nés en présentent plus, peu importe que la fréquence des comportements hostiles soit plus élevée à l'égard des premiers-nés ou des seconds-nés, et peu importe l'intervalle intergénéral (tableau 10 et 11).

« Tableau 9 environ ici »

« Tableau 10 environ ici »

« Tableau 11 environ ici »

L'examen de la présence des interactions positives de la mère ne montre pas de différence marquée, sauf pour les symptômes d'hyperactivité parmi les fratries masculines ($F= 4.88, 2/166, p= .008$) (tableau 12). Les données révèlent que lorsque les deux enfants ont le même nombre d'interactions positives avec leur mère, les seconds-nés présentent plus de symptômes d'hyperactivité. Aucune différence n'est notée pour les filles. On constate le même phénomène lorsque l'on tient compte des intervalles intergénéral dans les analyses.

« Tableau 12 environ ici »

Discussion

Les résultats de cette recherche montrent l'existence de différences significatives pour *l'ensemble de l'échantillon* entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportement. Les premiers-nés présentent plus de symptômes intériorisés, tandis que les seconds-nés manifestent plus de symptômes extériorisés (hyperactivité, agressivité directe et les crimes contre la propriété). Notons que nos données sont difficilement comparables aux autres recherches car nos comparaisons portent sur des enfants de la *même famille* et non pas sur des enfants de *familles différentes*. Ce biais dans les recherches antérieures explique peut-être la diversité des résultats trouvés au cours des dernières décennies.

Nos données indiquent que les *premiers-nés des fratries uniquement masculines (gg) et féminines (ff)* présentent plus de symptômes intériorisés que les seconds-nés. Cependant, certains de nos résultats montrent que les seconds-nés manifestent plus de symptômes extériorisés que les premiers-nés. Gates et coll. (1988) et Luoma et coll. (1999) ont colligés des données continues comme nous, en tenant compte du rang de naissance des enfants. Les résultats de Gates et coll. (1988) portent sur des enfants de 7 à 12 ans ; en général, leurs données indiquent que les premiers-nés perçoivent avoir moins de traits dépressifs et anxieux que les enfants d'autres rangs. Les données de Luoma et

coll. (1999) ont montré chez des premiers-nés âgés de 8 à 9 ans plus de symptômes intériorisés que les derniers-nés et les enfants « intermédiaires ». Cette différence est valide autant pour les garçons que les filles, mais aucune différence n'est notée selon la perception des professeurs.

La comparaison de nos résultats avec Gates et coll. (1988) et Luoma et coll. (1999) souffre de plusieurs différences méthodologiques. Par exemple, les premiers ont travaillé avec des enfants plus âgés que ceux de notre échantillon et les questionnaires étaient remplis par eux-mêmes. Quant à Luoma et coll. (1999), ils ont comparé des individus selon des rangs regroupés. Enfin, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, les auteurs ont comparé entre eux des enfants de *fratries différentes*, ce qui peut expliquer les variations constatées.

Quelques-uns de nos résultats indiquent que les seconds-nés manifestent plus de symptômes extériorisés que les premiers-nés. Cela va dans le sens inverse de notre prédiction où l'on s'attendait à ce que les premiers-nés présentent une symptomatologie extériorisée plus importante que les seconds-nés. Mentionnons toutefois que les données de Luoma et coll. (1999) indiquent que les premiers-nés présentent plus de symptômes extériorisés que les derniers-nés (autant chez les garçons que les filles). Les derniers-nés de cette

étude peuvent provenir de fratries nombreuses, ce qui rend difficile la comparaison avec nos données et explique peut-être la différence constatée.

L'examen des données sur la relation mère-enfant montre que les seconds-nés ont plus *d'interactions positives* avec leur mère. Ce résultat va dans le sens observé par certains auteurs (Dunn et Kendrick, 1980 ; Stewart, 1991). À notre grande surprise, aucune différence n'est observée pour les *comportements hostiles et punitifs* des mères entre les premiers-nés et les seconds-nés. Ceci contraste avec les résultats de quelques auteurs qui montrent que les interactions entre les mères et les premiers-nés sont plus conflictuelles (Dunn et Kendrick, 1980 ; Kendrick et Dunn, 1980). Il faut être prudent dans la comparaison avec nos données puisque ces auteurs ont surtout évalué l'influence de la naissance d'un second enfant peu de temps après celle-ci. La nature de nos données nous empêche de mesurer cet effet, mais suggère que l'effet négatif d'une naissance peut durer très longtemps.

Nos résultats vont plus loin que la simple comparaison entre des premiers-nés et des seconds-nés d'une même fratrie. En effet, nous avons tenu compte dans nos analyses de l'intervalle intergénérisique entre les naissances. Cet aspect a été soulevé par plusieurs auteurs (Adam, 1972 ; Schooler, 1972), mais il n'a jamais été évalué, à notre connaissance, dans le contexte de la santé mentale

des enfants. Les calculs portant sur les intervalles intergénésiques indiquent plus de différences significatives lorsque l'intervalle est long (plus de 2 ans). Ces données vont à l'inverse de notre hypothèse selon laquelle plus de différences seraient observées en présence d'un intervalle de 2 ans et moins. Il est toutefois possible que des différences existent pour les enfants où l'intervalle est très court (moins de 12 à 16 mois). Cela reste à vérifier dans de futures recherches.

Un aspect important de notre recherche est de déterminer l'association entre les comportements hostiles et les interactions positives de la mère et les difficultés de comportement des premiers-nés et des seconds-nés en utilisant une technique semblable à celle de McHale, Crouter, McGuire et Updegraff (1995) qui permet de mesurer la différence des comportements maternels négatifs et positifs entre deux enfants. Nos résultats révèlent que lorsque les mères manifestent plus d'interactions hostiles envers les premiers-nés, ceux-ci présentent en général plus de difficultés de comportement. On constate la même chose lorsque les mères ont plus d'interactions hostiles avec les seconds-nés. Le résultat le plus surprenant cependant porte sur *les premiers-nés qui manifestent plus de symptômes intériorisés*, peu importe que ce soit le premier ou le second qui reçoit le plus de comportements hostiles de sa mère. Nos résultats vont dans le même sens autant pour les compositions fraternelles masculines que féminines, que pour les deux intervalles intergénésiques mesurés. Ces résultats

suggèrent de tenir compte dans l'évaluation clinique du traitement différentiel de la mère envers ses enfants.

Il est important de mentionner les limites de cette recherche. Premièrement, nos analyses portent sur un échantillon d'enfants âgés entre 4 et 11 ans et non pas sur la comparaison d'enfants de groupes d'âge plus spécifique, par exemple de 10 et 8 ans ou de 6 et 4 ans. Malgré le même intervalle intergénéral entre les naissances, l'âge des enfants est très différent. Il est fort possible, comme certains auteurs l'ont déjà mentionné, que l'interaction des variables de la fratrie varie dans le temps (Feehan et coll., 1994). Deuxièmement, nos données transversales ne permettent pas de déterminer la présence ou l'absence de causalité. Les futures analyses longitudinales qui seront réalisées à partir des vagues suivantes de l'ELNEJ rendront possible l'appréciation de l'interaction entre les différentes variables colligées pour cette recherche. Troisièmement, la méthode suivie par l'ELNEJ ne permettait de recueillir de l'information que d'un seul informateur ; nous avons opté pour la mère. Cela constitue une limite importante compte tenu que plusieurs auteurs avancent qu'il est nécessaire d'avoir au moins deux informateurs pour déterminer la présence de psychopathologie (Rutter, 2000). Notons que la comparaison des réponses des pères et des mères ne peut pas être faite de façon valide car ils *ne sont jamais de la même famille*. En dernier lieu, dans un souci d'homogénéité,

certain types de familles telles que les familles séparées et recomposées n'ont pas été retenues. Certains auteurs comme Luoma et coll. (1999) et Valla et coll. (1994) ont récemment démontré l'impact négatif de ces structures familiales sur la santé mentale des enfants. Il est donc important d'ajouter un jour les mêmes analyses que les nôtres dans des familles éclatées.

Conclusion

Nos données sur les caractéristiques de la fratrie représentent un pas important en terme de méthodologie. En effet, les données portent *uniquement sur des fratries de deux enfants d'une même famille*, permettant ainsi une comparaison plus valide entre les premiers-nés et les seconds-nés. Toutes les comparaisons épidémiologiques antérieures portaient plutôt sur des enfants de fratries différentes ; on devra évaluer en quoi cette différence d'échantillonnage peut expliquer la divergence des résultats observés au cours des dernières décennies pour une multitude de thèmes de recherche. Le rationnel des recherches sur le rang de naissance aurait du être de comparer des enfants de mêmes fratries ; cela représente la vraie question pour les chercheurs et les cliniciens s'intéressant à cette problématique.

Un autre point qui mérite d'être souligné est le contrôle du sexe des membres de la fratrie et de l'intervalle intergénésiq ue dans nos données. En

effet, nous avons comparé uniquement des individus du même sexe (garçon – garçon et fille – fille). Il reste à comparer les deux autres types de fratries tout en contrôlant pour le fait qu'il s'agit de fratrie sexuellement hétérogènes.

Plusieurs aspects restent à investiguer dans les recherches à venir sur le rang de naissance, les comportements parentaux et la santé mentale des jeunes. Le fait de déterminer qui des enfants dans la fratrie reçoit le plus de comportements négatifs de la mère constitue une approche nouvelle. Cela amène néanmoins à nous questionner sur l'interaction réelle du rang de naissance avec les autres variables puisque les résultats montrent que plusieurs seconds-nés reçoivent plus de comportements hostiles de la part de leur mère que certains premiers-nés. Dans le futur, il sera intéressant d'examiner les dyades où l'on constate une différence importante en ce qui concerne les comportements des parents (par exemple un enfant est souvent puni tandis que l'autre ne l'est presque jamais) et de déterminer si les difficultés de comportement de certains enfants ne découlent pas de cette situation.

Ce type de devis pourrait être bonifié par l'évaluation de la perspective des pères (McHale et coll., 1995 ; Stoker, 1995). Cet aspect permettrait de comparer les comportements hostiles des pères et des mères. De plus, il est nécessaire de réussir à combiner plus d'une mesure de comportements des

parents, comme par exemple, les interactions positives et les comportements hostiles. La création d'un indice combinant deux dimensions (par exemple, les mères pourraient avoir plusieurs interactions positives, mais aussi plusieurs interactions hostiles) permettrait de mieux comprendre les rapports entre certains construits. Cette complexification du devis des recherches doit prévaloir afin de mieux comprendre les interrelations complexes entre certaines caractéristiques de la fratrie, les attitudes maternelles/paternelles et les troubles mentaux des enfants.

Références

- Adams, B. N. (1972). Birth order : A critical review. *Sociometry* 35: 411-439.
- Adler, A. (1927). Characteristics of first, second and third child. *Child* 3 : 14.
- Adler, A. (1992). *L'enfant difficile : technique de la psychologie individuelle comparée*. Paris : Petit Bibliothèque Payot.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., Breton, J.-J., Gaudet, N., Berthiaume, C., Lambert, J., St-Georges, M. et Smolla, N. (2000). Correlates of mental disorders in the Quebec General Population of 6 to 14-year olds. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28: 47-62.
- Bharathi, V. V., Venkatramaiah, S. R. et Venkateswara, S. (1978). *Birth order, family size and anxiety*. *Child Psychiatric Quarterly* 5: 11-17.
- Breton, J.-J. (1999). Complementary development of prevention and mental health promotion programs for Canadian children based on contemporary scientific paradigms. *Canadian Journal of Psychiatry* 44; 227-233.
- Chevallier, P. (1988). Population infantile consultant pour des troubles psychologiques. *Population* 3 : 611-638.
- Chombart de Lauwe, M. J. (1959). *Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté*, Paris : Édition du CNRS.
- Daniel, W. W. (1991). *Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences*. New York : John Wiley & Sons.
- Descombey, J. et Roquebrune, G. (1953). L'enfant caractériel parmi ses frères et sœurs. *Enfance* 4 : 329-368.
- Dunn, J. et Kendrick, C. (1980). The arrival of sibling: Changes in patterns of interaction between mother and firstborn child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 21: 119-132.
- Ernst, C. et Angst, J. (1983). *Birth order. Its influence on personality*. Berlin : Springer-Verlag.

- Feehan, M., Stanton, W., McGee, R. et Silva, P. A. (1994). A longitudinal study of birth order, help seeking and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology* 33: 143-150.
- Fishbein, H. D. (1981). Sibling set configuration and family dysfunction. *Family Process* 20: 311-318.
- Forer, L. K. (1977). Bibliography of birth order literature in the 70's. *Journal of Individual Psychology* 33: 122-141.
- Furman, W. (1995). Parenting siblings. In M. H. Bornstein (Eds.), *Handbook of parenting Vol 1: Children and parenting*. Mahwah (New Jersey): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gates, L., Rowe Lineberger, M., Crockett, J. et Hubbard, J. (1988). Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. *The Journal of Genetic Psychology* 149: 29-34.
- Gimenez, S. R. et Ferreira de Mattos Silavares, E. (1995). Relacao entre ordem de nascimento e frequencia de encaminhamento de criancas brasileiras a uma clinica escola de psicologia. *Interamerican Journal of Psychology* 28: 61-72.
- Hornbostel, L. K. et McCall, J. N. (1986). Sibling differences in need-achievement associated with birth order, child-spacing, sex, and sibling's sex. *Journal of Individual Psychology* 38: 36-43.
- Jensen, P. S., Bloedau, L., Degroot, J., Ussery, T., et Davis, H. (1990). Children at risk: I. Risk factors and child symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 51-59.
- Kendrick, C. et Dunn, J. (1980). Caring for a second baby: Effects on the interaction between mother and firstborn. *Developmental Psychology* 16: 303-311.
- Kitamura, T., Sugawara, M., Shima, S. et Toda, M. A. (1998). Relationship of order and number of siblings to perceived parental attitudes in childhood. *The Journal of Social Psychology* 138: 342-350.
- Lahey, B. B., Hammer, D., Crumrine, P. L. et Forehand, R. L. (1980). Birth order x sex interactions in child behavior problems. *Developmental Psychology* 16: 608-615.

- Luoma, I., Puura, K., Tamminen, T., Kaukonen, P., Piha, J., Räsänen, E., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Koivisto, A.-M. et Almqvist, F. (1999). Emotional and behavioural symptoms in 8-9-year-old children in relation to family structure. *European Child and Adolescent Psychiatry* 8: Suppl. 4, 29-40.
- McHale, S. M., Crouter, A. C., McGuire, S. A. et Updegraff, K. A. (1995). Congruence between mothers' and fathers' differential treatment of siblings: Links with family relations and children's well-being. *Child Development* 66: 116-128.
- Makaremi, A. (1992). Birth order, neuroticism, and psychotism among Iranian children. *Psychological Reports* 71: 919-922.
- Matsuura, M., Okubo, Y., Kojima, T., Takahashi, R., Wang, Y.-F., Shen, Y.-C. et Lee, C. K. (1993). A cross-national prevalence study of children with emotional and behavioural problems – A WHO collaborative study in the Western Pacific region. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34: 307-315.
- Mauco, G. et Rambaud, P. (1951). Le rang de l'enfant dans la famille. *Revue française de psychanalyse* 15 : 253-260.
- Miley, C. H. (1969). Birth order research 1963-1967 : Bibliography and index. *Journal of Individual Psychology* 25: 64-70.
- Montigny, G. (1994). L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants. *Les cahiers québécois de démographie* 23 : 121-133.
- Peskin, H., Giora, Z. et Kaffman, M. (1974). Birth order in child-psychiatric referrals and kibbutz family structure. *Journal of Marriage and the Family* 36: 615-618.
- Pett, M. A. (1997). *Nonparametric statistics for health care research: Statistics for small samples and unusual distributions*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Piacentini, J. C. et Lahey, B. B. (1986). Birth-order and sex differences in the frequency of referral of children for psychological treatment : A partial replication and extension. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 8: 157-167.
- Pressat, R. (1979). *Dictionnaire de démographie*. Paris : Presses universitaires de France.

- Richter, J., Richter, G., Eisemann, M. Et Mau, R. (1997). Sibship size, sibship position, parental rearing and psychopathological manifestations in adults : Preliminary results. *Psychopathology* 30: 155-162.
- Rutter, M. (2000). Psychosocial influences: critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology* 12: 375-405.
- Rutter, M., Tizard, J. et Whitmore, K. (1970). *Education, health and behaviour*. London : Longman.
- Sameroff, A. J. et Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz et coll. (Eds.). *Review of child development research* (Vol. 4). Chicago: Chicago University Press, pp. 187-244.
- Shepherd, M., Oppenheim, B. et Mitchell, S. (1971). *Childhood behavior and mental health*. New York : Grune & Stratton.
- Schooler, C. (1972). Birth order effects : Not here, not now. *Psychological Bulletin* 78: 161-175.
- Stewart, R. B. (1991). *The second child: Family transition and adjustment*. Newbury Park (CA): SAGE Publications.
- Stewart, A. E. et Stewart, E. A. (1995). Trends in birth-order research : 1976-1993. *Individual Psychology* 51: 21-36.
- Stoker, C. M. (1995). Difference in mothers' and fathers' relationships with siblings: Links with children's behavior problems. *Development and Psychopathology* 7: 499-513.
- Strayhorn, J. M. et Weidman, C. S. (1988). A parent practices scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27: 613-618.
- Touliatos, J. et Lindholm, B. W. (1980). Birth order, family size, and children's mental health. *Psychological Reports* 46 : 1097-1098.
- Tuckman, J. et Regan, R. A. (1967). Size of family and behavioral problems in children. *The Journal of Genetic Psychology* 111: 151-160.

Valla, J.-P., Breton, J.-J., Bergeron, L. M., Gaudet, N., Berthiaume, C., St-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L. et Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, 1992. Rapport de synthèse*. Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé Québec.

Vockell, E. L., Felker, D. W. et Miley, C. H. (1973). Birth order literature 1967-1971 : Bibliography and index. *Journal of Individual Psychology* 29: 39-53.

Tableaux

Tableau 1. Fréquence des quatre compositions fraternelles des fratries de deux enfants.

Compositions fraternelles	Nombre	Pourcentage
Garçon – garçon	269	22.5%
Garçon – fille	326	27.3%
Fille – garçon	322	26.9%
Fille – fille	279	23.3%
Total	1196	100.0%

Tableau 2. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les premiers-nés et les seconds-nés (*ensemble de l'échantillon*).

Difficultés de comportement	Fratries de deux enfants (n= 1196 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	3.97	3.35	4.82	3.60	-6.45****
Trouble intériorisé	2.96	2.69	1.85	2.15	13.75****
Agression directe	1.25	1.72	1.48	1.90	-3.92****
Agression indirecte	1.21	1.60	1.11	1.73	2.09++
Crimes contre la propriété	0.65	1.02	0.89	1.28	-5.98****

Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	12.51	2.74	13.46	2.94
Comportements hostiles	8.95	3.67	8.91	3.62	0.36
Comportements punitifs	8.95	1.90	8.90	1.99	1.21

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 3. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés masculins* et les *seconds-nés masculins*.

Difficultés de comportement	Fratreries composées de deux garçons (n= 269 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	4.71	3.54	5.39	3.82	-2.31++
Trouble intériorisé	3.28	2.86	1.92	2.26	7.59****
Agression directe	1.61	1.98	1.86	2.18	-1.86+
Agression indirecte	1.24	1.49	1.15	1.81	0.85
Crimes contre la propriété	0.78	1.15	1.13	1.53	-3.48****

Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	12.86	2.58	13.59	2.87
Comportements hostiles	9.22	3.64	9.19	3.68	0.152
Comportements punitifs	9.05	1.87	9.14	2.05	-1.00

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 4. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés féminins* et les *seconds-nés féminins*.

Difficultés de comportement	Fratreries composées de deux filles (n= 279 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	3.39	3.02	4.56	3.46	-4.78****
Trouble intériorisé	2.86	2.77	1.76	2.04	6.64****
Agression directe	1.04	1.63	1.29	1.76	-2.43++
Agression indirecte	1.21	1.67	1.01	1.74	1.96++
Crimes contre la propriété	0.56	1.03	0.66	1.10	-1.46

Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	12.28	2.75	13.33	2.88
Comportements hostiles	8.58	3.41	8.65	3.47	-0.32
Comportements punitifs	8.90	1.86	8.81	1.99	0.95

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 5. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés masculins* et les *seconds-nés masculins* espacés de 2 ans et moins.

Difficultés de comportement	Fratries composées de deux garçons (n= 139 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	4.73	3.44	5.31	3.64	-1.43
Trouble intériorisé	3.24	2.79	1.78	2.23	5.85****
Agression directe	1.79	2.19	1.86	1.99	-0.39
Agression indirecte	1.28	1.63	1.21	1.82	0.50
Crimes contre la propriété	0.95	1.33	1.10	1.39	-1.20
Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	13.03	2.47	13.55	2.80
Comportements hostiles	9.37	3.84	9.38	3.86	-0.05
Comportements punitifs	9.06	1.83	9.02	2.08	0.31

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 6. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés féminins* et les *seconds-nés féminins* espacés de 2 ans et moins.

Difficultés de comportement	Fratries composées de deux filles (n= 136 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	3.91	3.24	4.70	3.50	-2.18++
Trouble intériorisé	3.15	2.92	1.93	2.00	5.17****
Agression directe	1.24	1.85	1.52	1.99	-1.67+
Agression indirecte	1.29	1.75	1.14	1.96	0.91
Crimes contre la propriété	0.62	1.11	0.73	1.09	-0.94
Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	12.51	2.72	13.15	2.87
Comportements hostiles	8.79	3.10	8.79	3.23	0.28
Comportements punitifs	9.01	1.86	8.88	2.04	1.00

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 7. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés masculins* et les *seconds-nés masculins* espacés de plus de 2 ans.

Difficultés de comportement	Fratries composées de deux garçons (n= 130 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	4.68	3.66	5.47	4.01	-1.84+
Trouble intériorisé	3.31	2.94	2.08	2.29	4.85****
Agression directe	1.42	1.71	1.85	2.36	-2.30++
Agression indirecte	1.19	1.34	1.08	1.80	0.70
Crimes contre la propriété	0.61	0.88	1.15	1.66	-3.63****

Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	12.67	2.69	13.62	2.96
Comportements hostiles	9.05	3.42	8.98	3.48	0.28
Comportements punitifs	9.05	1.92	9.27	2.02	-1.63

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 8. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés féminins* et les *seconds-nés féminins* espacés de plus de 2 ans.

Difficultés de comportement	Fratries composées de deux filles (n= 143 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	2.90	2.71	4.43	3.43	-4.65****
Trouble intériorisé	2.58	2.60	1.61	2.08	4.23****
Agression directe	0.85	1.35	1.08	1.49	-1.82+
Agression indirecte	1.13	1.59	0.88	1.49	2.03++
Crimes contre la propriété	0.50	0.94	0.60	1.11	-1.19

Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	12.06	2.76	13.50	2.88
Comportements hostiles	8.38	3.68	8.51	3.68	-0.46
Comportements punitifs	8.79	1.86	8.75	1.94	0.33

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Tableau 9. *Comportements hostiles de la mère* et moyennes (écarts type) des différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportement.

Difficultés de comportement	Différence positive (A)	Aucune différence (B)	Différence négative (C)	F	p
<u>Garçon – garçon (n= 269)</u>					
Hyperactivité ¹	1.00 (4.61)	-0.90 (4.11)	-2.29 (4.76)	14.67	.000
Trouble intériorisé	1.88 (2.89)	0.76 (2.23)	1.03 (3.10)	3.41	.034
Agressivité directe ²	0.46 (1.98)	0.10 (1.19)	-1.07 (2.32)	16.71	.000
Agressivité indirecte ³	0.47 (1.57)	0.10 (1.25)	-0.30 (1.92)	5.86	.003
Crimes contre la propriété ⁴	-0.06 (1.51)	-0.10 (1.16)	-0.70 (1.77)	5.24	.006
<u>Fille – fille (280)</u>					
Hyperactivité ⁵	0.30 (4.27)	-1.52 (3.04)	-2.27 (3.84)	12.94	.000
Trouble intériorisé	1.44 (3.02)	0.30 (2.12)	1.09 (2.67)	2.74	.066
Agressivité directe ⁶	0.23 (1.51)	-0.07 (1.02)	-0.72 (2.00)	9.57	.000
Agressivité indirecte	0.52 (1.80)	0.11 (1.42)	-3.94 (1.76)	3.18	.043
Crimes contre la propriété ⁷	0.22 (1.07)	0.18 (0.66)	-0.47 (1.32)	12.32	.000

1 : A et C : p= .000 (LSD)

2 : A et C : p= .000 (GH) ; B et C : p= .000 (GH)

3 : A et C : p= .001 (LSD)

4 : A et C : p= .009 (GH)

5 : A et C : p= .000 (LSD) ; A et B : p= .009 (LSD)

6 : A et C : p= .000 (GH)

7 : A et C : p= .000 (GH) ; B et C : p= .000 (GH)

Tableau 10. *Comportements hostiles de la mère et moyennes (écarts type) des différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportement (intervalle intergénérisque de 2 ans et moins).*

Difficultés de comportement	Différence positive (A)	Aucune différence (B)	Différence négative (C)	F	p
<u>Garçon – garçon (n= 139)</u>					
Hyperactivité ¹	1.79 (4.58)	-2.47 (3.58)	-2.09 (4.53)	13.41	.000
Trouble intériorisé ²	1.95 (2.86)	0.26 (1.41)	1.41 (3.29)	2.37	.098
Agressivité directe ³	0.79 (2.38)	-0.05 (1.08)	-0.83 (1.99)	9.10	.000
Agressivité indirecte	0.53 (1.72)	-0.26 (1.10)	-0.23 (1.78)	3.58	.030
Crimes contre la propriété	0.18 (1.45)	-0.16 (1.12)	-0.44 (1.57)	2.62	.077
<u>Fille – fille (n= 136)</u>					
Hyperactivité ⁴	0.93 (4.37)	-1.79 (2.35)	-1.95 (4.03)	8.24	.000
Trouble intériorisé ⁵	1.70 (3.30)	-0.26 (1.76)	1.27 (2.38)	3.69	.028
Agressivité directe ⁶	0.41 (1.63)	-0.39 (1.16)	-0.85 (2.31)	6.24	.003
Agressivité indirecte	0.67 (2.07)	0.10 (1.41)	-0.27 (1.99)	3.34	.038
Crimes contre la propriété ⁷	0.31 (1.29)	0.05 (0.52)	-0.52 (1.51)	5.97	.003

1 : A et C ; p= .000 (LSD) ; A et B : p= .000 (LSD)

2 : A et B ; p= .004 (GH)

3 : A et C ; p= .000 (GH)

4 : A et C ; p= .000 (LSD)

5 : A et B ; p= .005 (GH)

6 : A et C ; p= .002 (GH)

7 : A et C ; p= .004 (GH)

Tableau 11. *Comportements hostiles de la mère* et moyennes (écarts type) des différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportement (intervalle intergénérisque de *plus de 2 ans*).

Difficultés de comportement	Différence positive (A)	Aucune différence (B)	Différence négative (C)	F	p
<u>Garçon – garçon (n= 130)</u>					
Hyperactivité ¹	0.25 (4.55)	0.60 (4.09)	-2.53 (5.09)	5.81	.004
Trouble intériorisé	1.81 (2.94)	1.25 (2.75)	0.55 (2.79)	2.68	.072
Agressivité directe ²	0.15 (1.46)	0.25 (1.29)	-1.37 (2.68)	9.23	.000
Agressivité indirecte	0.41 (1.44)	0.45 (1.32)	-0.37 (2.11)	3.28	.041
Crimes contre la propriété	-0.28 (1.55)	-0.05 (1.23)	-1.04 (1.95)	3.76	.026
<u>Fille – fille (n= 144)</u>					
Hyperactivité ³	-0.31 (4.11)	-1.32 (3.50)	-2.58 (3.65)	5.28	.006
Trouble intériorisé	1.18 (2.73)	0.72 (2.30)	0.91 (2.93)	0.28	.755
Agressivité directe	0.05 (1.38)	0.16 (0.85)	-0.59 (1.65)	4.04	.020
Agressivité indirecte	0.38 (1.51)	0.12 (1.45)	0.19 (1.47)	0.37	.691
Crimes contre la propriété ⁴	0.12 (0.82)	0.28 (0.74)	-0.42 (1.11)	7.27	.001

1 : A et C ; p= .002 (LSD)

2 : A et C ; p= .001 (GH) ; B et C ; p= .003 (GH)

3 : A et C ; p= .001 (LSD)

4 : A et C ; p= .007 (GH) ; B et C ; p= .003 (GH)

Tableau 12. *Interactions positives* de la mère et moyennes (écarts type) des différences entre les premiers-nés et les seconds-nés pour les difficultés de comportement.

Difficultés de comportement	Différence positive (A)	Aucune différence (B)	Différence négative (C)	F	p
<u>Garçon – garçon (n= 269)</u>					
Hyperactivité ¹	0.09 (5.18)	-2.30 (4.36)	-0.29 (4.77)	4.88	.008
Trouble intériorisé	1.50 (2.79)	0.89 (2.57)	1.49 (3.11)	1.04	.356
Agressivité directe	-0.31 (2.67)	-0.33 (1.97)	-0.18 (2.03)	0.14	.870
Agressivité indirecte	-0.12 (2.09)	-0.13 (1.17)	0.26 (1.76)	1.69	.187
Crimes contre la propriété	-0.38 (1.32)	-0.35 (1.48)	-0.32 (1.77)	0.03	.975
<u>Fille – fille (n= 280)</u>					
Hyperactivité	-1.43 (4.83)	-0.94 (3.69)	-1.15 (3.97)	0.22	.803
Trouble intériorisé	1.06 (2.48)	0.92 (2.39)	1.20 (3.00)	0.27	.766
Agressivité directe	-0.25 (1.40)	-0.17 (1.81)	-0.29 (1.83)	0.12	.885
Agressivité indirecte	0.36 (1.35)	0.13 (1.47)	0.19 (1.97)	0.29	.749
Crimes contre la propriété	-0.19 (1.34)	-0.13 (1.41)	-0.06 (1.01)	0.26	.773

1 : A et B ; p= .006 (LSD) ; B et C ; p= .005 (LSD)

Annexes

Annexe 1. Tableau synthèse des variables utilisées dans cette recherche

Échelles de mesure	Construits	Items
Difficultés de comportement	Hyperactivité – inattention (8 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> • Ne peut rester en place, est agité/e ou hyperactif/ve • Se laisse distraire, a de la difficulté à poursuivre une activité quelconque • Remue sans cesse • Est incapable de se concentrer, ne peut maintenir son attention sur une longue période • Est impulsif/ve, agit sans réfléchir • A de la difficulté à attendre son tour dans un jeu ou en groupe • A de la difficulté à rester tranquille pour plus de quelques instants • Est inattentif/ve
	Troubles émotifs (8 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> • Semble malheureux/se, triste ou déprimé/e • N'est pas aussi heureux/se que les autres enfants • Est trop craintif/ve ou angoissé/e • Est inquiet/ète • Pleure beaucoup • Semble triste, malheureux/malheureuse, près des larmes ou bouleversé/e • Est nerveux/se ou très tendu/e • A de la difficulté à s'amuser
	Agression physique (6 items) Score de 0 à 12	<ul style="list-style-type: none"> • Se bagarre souvent • Lorsqu'un autre enfant lui fait mal accidentellement, il/elle suppose que cet enfant l'a fait exprès, se fâche et commence une bagarre • Attaque physiquement les autres • Menace les autres • Est cruel/cruelle envers les autres, les brutalise et fait preuve de méchanceté • Frappe, mord, donne des coups de pied à d'autres enfants
	Agression indirecte (5 items) Score de 0 à 10	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, essaie d'entraîner d'autres à détester cette personne • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, devient ami/e avec quelqu'un d'autre pour se venger • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit de vilaines choses dans le dos de l'autre personne • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit aux autres: ne restons pas avec lui/elle • Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, raconte les secrets de cette personne à quelqu'un d'autre
	Atteinte à la propriété (6 items) Score de 0 à 12	<ul style="list-style-type: none"> • Détruit ses propres choses • Vole des choses dans la maison • Démolit des choses qui appartiennent à sa famille ou à d'autres enfants • Dit des mensonges ou triche • Cause du vandalisme • Vole des choses à l'extérieur de la maison

Suite de l'annexe 1. Tableau synthèse des variables utilisées dans cette recherche.

Échelles de mesure	Construits	Items
Relation mère-enfant	Interactions positives (5 items) Score de 0 à 20	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence félicitez-vous ... en lui disant des choses comme « Bravo ! », « C'est très joli ce que tu as fait » ou « Très bien » ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler ou de jouer avec lui/elle, de concentrer votre attention l'un sur l'autre pendant cinq minutes ou plus, pour le simple plaisir ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de rire avec lui/elle ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire avec lui/elle une activité spéciale qu'il/elle aime ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des sports, des passe-temps ou des jeux avec lui/elle ?
	Comportements hostiles (7 items) Score de 0 à 28	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être contrarié par une parole ou un geste que ... n'est pas censé/e dire ou faire ? • Lorsque vous parlez à ... de son comportement, dans quelle proportion du temps le/la félicitez-vous ? • Lorsque vous lui parlez de sa conduite, dans quelle proportion du temps le/la désapprouvez-vous ? • À quelle fréquence vous mettez-vous en colère lorsque vous punissez ... ? • À quelle fréquence croyez-vous que le genre de punition que vous lui donnez dépend de votre humeur ? • À quelle fréquence croyez-vous avoir de la difficulté à vous y prendre avec lui/elle en général ? • À quelle fréquence devez-vous le/la punir à maintes reprises pour la même chose ?
	Comportements punitifs (4 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence vous arrive-t-il d'élever la voix, de le/la gronder ou de lui crier après ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de discuter calmement du problème avec lui/elle ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de lui infliger des punitions corporelles ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de lui expliquer d'autres façons de se comporter qui sont acceptables ?

Troisième article

Titre : Agrégats des difficultés de comportement et des dimensions de la relation mère-enfant parmi les enfants âgés de 4 à 11 ans : Influence des caractéristiques de la fratrie : une première exploration.

Auteurs : Jacques D. Marleau et Jean-François Saucier

Affiliation : Jacques D. Marleau, Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal et Jean-François Saucier, Département de psychiatrie de l'Hôpital Ste-Justine

Adresse de correspondance : Jacques D. Marleau

Téléphone :

E-mail :

Résumé

Objectif : Calculer un score global de psychopathologie des 14 compositions fraternelles possibles lorsqu'on tient compte des familles de un, deux et trois enfants. **Méthodologie** : Les données proviennent de la première vague de l'Enquête longitudinale nationale canadienne sur les enfants et les jeunes (ELNEJ). **Résultats** : Les résultats comparés *selon la taille des fratries* montrent des différences significatives. Les garçons uniques présentent plus de symptômes extériorisés que les filles uniques. Les fratries de deux garçons présentent des scores extériorisés plus élevés que celles composées de filles. L'examen du *classement selon les scores globaux* des compositions fraternelles indique que la composition ggf présente le score le plus élevé pour les symptômes intériorisés et d'agressivité indirecte. En ce qui a trait à l'hyperactivité, l'agressivité directe et les crimes contre la propriété, les scores les plus élevés se retrouvent chez les fratries g, suivies des fratries fgf et gg. On observe également une plus grande concordance entre les agrégats de symptômes extériorisés et les agrégats de comportements maternels négatifs en fonction des compositions fraternelles. **Conclusion** : Les agrégats de difficultés de comportement et de comportements maternels existent dans la communauté canadienne et ne découlent pas uniquement du biais de référence clinique.

Introduction

Au cours des dernières décennies, des auteurs ont montré que différentes problématiques comme la consommation d'alcool et/ou de drogues, les problèmes de délinquance ou les suicides/tentatives de suicide se retrouvaient plus souvent à l'intérieur de certaines familles (Weissman, 1999). Ces problématiques ne seraient donc pas distribuées de façon aléatoire dans la population générale (Merikangas, 1987). On appelle ce phénomène l'agrégation familiale (Szatmari, Boyle et Offord, 1993).

Recherches cliniques

Les recherches cliniques effectuées à partir d'échantillons d'enfants et/ou d'adolescents montrent que plusieurs problèmes de santé mentale se retrouvent concentrés à l'intérieur de certaines familles (Rutter, Macdonald, Le Couteur, Harrington, Bolton et Bailey, 1990). Dans les échantillons cliniques, les enfants et/ou les adolescents inscrits dans un service de pédopsychiatrie ont souvent plusieurs frères et/ou sœurs qui ont déjà consulté dans le passé (Lecourt, 1970). D'autres notent que les enfants inscrits dans ces services ont plusieurs frères et/ou sœurs ayant des problèmes de santé mentale au même moment (Hoover et Franz, 1972 ; Deal et MacLean, 1995 ; Wynne et Singer, 1963).

Cependant, ces résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population compte tenu de certaines limites inhérentes aux recherches

cliniques. En effet, le biais de référence peut jouer un rôle important (Szatmari, Boyle et Offord, 1993). Par exemple, certains parents qui perçoivent des problèmes chez leurs enfants consultent évidemment plus fréquemment alors que ceux-ci qui nient des problèmes évidents chez leurs enfants ne consultent pas. La perception des parents peut être altérée et ainsi amener une faible tolérance à certains types de comportements des enfants, surtout dans le contexte où ils souffrent d'une maladie mentale et/ou consomment des psychotropes (Rende et Weissman, 1999).

Recherches épidémiologiques

À notre connaissance, peu de recherches épidémiologiques ont tenté de mesurer des agrégats de difficultés de comportement parmi les enfants et/ou les adolescents (Brent, Bridge, Johnson et Connolly, 1996 ; Bridge, Brent, Johnson et Connolly, 1997 ; Johnson, Brent, Connolly, Bridge, Matta, Constantine, Rather et White, 1995 ; Szatmari, Boyle et Offord, 1993). Deux recherches ont recueilli de l'information sur les apparentés de sujets ayant une caractéristique précise. Brent et coll. (1996) ont réalisé une recherche portant sur 58 adolescents ayant réussi leur suicide et 55 adolescents d'un groupe contrôle, appariés selon certaines caractéristiques socio-démographiques. Leurs résultats indiquent que les apparentés de premier et de deuxième degré des sujets s'étant suicidés présentent plus de chances d'effectuer un passage à l'acte que les apparentés des sujets du groupe contrôle. Bridge et coll. (1997) ont aussi montré que les apparentés

d'adolescents souffrant d'un problème de santé mentale ont plus de chances de manifester un désordre psychiatrique que ceux d'adolescents n'en souffrant pas. Les résultats de ces deux recherches montrent clairement que le phénomène d'agrégation familiale n'est pas attribuable uniquement au processus de référence clinique.

Une autre recherche a recueilli de l'information sur plusieurs membres de *mêmes fratries* afin de calculer une mesure d'agrégation. À notre connaissance, il s'agit de la seule recherche de ce type. En 1993, Szatmari, Boyle et Offord ont montré, à l'aide des données de l'enquête ontarienne sur la santé mentale des jeunes (n= 1006 enfants), que des agrégats de problèmes (les troubles des conduites, les troubles intériorisés et les problèmes de déficit de l'attention) sont constatés dans le cas où les parents sont les répondants, mais pas lorsque les répondants sont les professeurs ou les adolescents (âgés de 12 à 16 ans). L'examen de certaines caractéristiques de la fratrie (taille de la fratrie, sexe des membres de la fratrie et âge des enfants) montre des agrégations pour certains problèmes de santé mentale. Leurs données révèlent que certains types de fratries sont plus à risque de présenter des agrégats. Par exemple, les fratries composées uniquement de garçons sont plus à risque de manifester des agrégats de troubles des conduites que celles composées uniquement de filles ou des enfants des deux sexes. Leurs données sur la taille de la fratrie indiquent plus d'agrégations de problèmes de déficit de l'attention parmi les

familles composées de quatre enfants et plus que celles de deux ou trois enfants.

Aucune autre recherche, à notre connaissance, n'a porté depuis sur ce type de problématique ; la principale raison est que la plupart des enquêtes épidémiologiques récentes ont porté sur l'évaluation *d'un seul enfant par famille*. Pour mesurer l'agrégation familiale de problèmes de santé mentale, il est nécessaire d'évaluer l'ensemble des enfants des familles lors des enquêtes, une procédure peu utilisée en épidémiologie de la santé mentale des jeunes.

Cet article, plutôt que de porter sur les membres d'une même fratrie s'intéresse plutôt à la fratrie en tant qu'unité de mesure. Cette perspective de nature systémique suppose que le calcul d'un score global de psychopathologie représente la totalité des symptômes de certaines difficultés de comportement qu'un parent perçoit dans sa famille. Cela constitue un indice indiquant le degré de dysfonctionnement global. Dans la même logique, il est aussi possible de calculer un score d'agrégation des comportements des parents. Ce score permet de délimiter le degré d'implication des parents à l'égard des membres de la fratrie. Un modèle transactionnel nous semble le plus approprié pour comprendre les diverses interactions entre les différents acteurs (parents et enfants) de la famille (Sameroff et Chandler, 1975 ; Breton, 1999). Dans cette optique, les

comportements des enfants varieraient selon la composition de la fratrie (plus de symptômes intériorisés chez les filles et plus de symptômes extériorisés chez les garçons), ce qui agirait sur les comportements des parents.

Le premier objectif de cette *recherche exploratoire* est de déterminer si certaines compositions fraternelles, en contrôlant pour la taille de la fratrie, sont plus à risque de présenter des agrégats pour certaines difficultés de comportement des enfants et certains comportements maternels positifs et négatifs à partir d'un indice. Le second objectif est de classer les agrégats de difficultés de comportement des enfants et les agrégats de comportements maternels positifs et négatifs en fonction des 14 compositions fraternelles retenues pour cette étude. En dernier lieu, le classement des scores des agrégats de difficultés de comportement extériorisés/intériorisés et de comportements maternels négatifs sera examiné afin de déterminer s'il existe une concordance ou non en fonction des compositions fraternelles. Les données utilisées pour cette recherche proviennent de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), car le devis de cette recherche permet d'obtenir de l'information sur les quatre premiers enfants des ménages interrogés.

Méthodologie

Description de l'enquête

Les données proviennent de l'ELNEJ. Cette enquête est la première à faire a un suivi longitudinal du développement d'enfants canadiens. Le premier cycle de collecte d'informations a débuté entre novembre 1994 et mars 1995 et a porté sur un échantillon représentatif d'enfants âgés de 0 à 11 ans. Ils seront suivi sur une période de vingt ans de façon biennale permettant de les suivre à différentes étapes de leur vie. Le but de cette enquête est de créer une base de données sur leurs caractéristiques et leurs expériences de vie de l'enfance à l'âge adulte afin d'améliorer leur sécurité et leur bien-être (Montigny, 1994).

Une des particularités de cette enquête est que les répondants ont été choisis à partir de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada. Un échantillonnage de grappes a été utilisé. La cible de l'enquête est le ménage. L'échantillonnage en grappes vise par exemple à sélectionner au hasard des pâtés de maison d'une ville, puis par la suite des logements en faisant partie.

Population à l'étude

Les données de cette étude proviennent de la première vague de l'enquête et elles respectent certains critères de sélection. Tout d'abord, nous avons retenu uniquement les familles *d'enfants issus des deux mêmes*

parents biologiques vivant ensemble. Les enfants des autres types de familles ont été exclus des analyses pour faciliter l'interprétation des données en favorisant l'homogénéité de l'échantillon.

Deuxièmement, nous avons retenu uniquement les familles où *la mère biologique* était la personne interrogée lors de l'enquête. Les données montrent qu'elles représentent le principal répondant, soit dans 91.5% des cas.

Troisièmement, nous avons retenu seulement *les familles de un, de deux et de trois enfants* pour lesquelles toutes les informations sur les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant étaient disponibles. Les familles de quatre enfants représentent un faible pourcentage et n'ont pas été retenues compte tenu du trop grand nombre de combinaisons fraternelles ($n= 16$). Aussi, *tous les enfants devaient être âgés entre 4 et 11 ans* ; les familles ayant des enfants de 3 ans et moins ont donc été exclues des analyses statistiques.

Au total, l'échantillon de cette *recherche exploratoire* se compose de 727 familles de un enfant, 1196 familles de deux enfants et 242 familles de trois enfants.

Variables de l'étude

Plusieurs variables ont été retenues pour cette recherche. Les variables de la fratrie utiles pour ce projet sont le sexe des membres de la fratrie, la taille de la fratrie et le rang de naissance. Ces trois variables combinées donnent au total une possibilité de *14 compositions fraternelles*. Dans les fratries d'un seul enfant, deux compositions sont possibles, soit un garçon (g) ou une fille (f). Les fratries de deux enfants donnent quatre compositions possibles (garçon – garçon (gg) ; garçon – fille (gf) ; fille – garçon (fg) ; fille – fille (ff)). Les fratries de trois enfants en donnent 8 (garçon – garçon – garçon (ggg) ; garçon – garçon – fille (ggf) ; garçon – fille – garçon (gfg) ; garçon – fille – fille (gff) ; fille – fille – fille (fff) ; fille – fille – garçon (ffg) ; fille – garçon – fille (fgf) ; fille – garçon – garçon (fgg)).

Les variables portant sur les difficultés de comportement de l'enfant sont au nombre de cinq : l'hyperactivité ($\alpha = 0.82$, score de 0 à 16), les troubles intériorisés ($\alpha = 0.80$, score de 0 à 16), l'agressivité directe ($\alpha = 0.76$, score de 0 à 12), l'agressivité indirecte ($\alpha = 0.81$, score de 0 à 16) et les crimes contre la propriété ($\alpha = 0.66$, score de 0 à 12).

Trois dimensions de la relation mère-enfant ont aussi été retenues pour les analyses. Ces dimensions sont les interactions positives ($\alpha = 0.81$, score de 0 à 20), les comportements hostiles ($\alpha = 0.72$, score de 0 à 25) et les comportements punitifs ($\alpha = 0.60$, score de 0 à 20). Les trois dimensions

sont des adaptations du questionnaire de Strayhorn et Weidman (1988), le *Parent Practices Scales*.

Les difficultés de comportement des enfants, ainsi que les dimensions de la relation mère-enfant, sont évaluées des items où la mère mentionne à quelle fréquence l'enfant agit de cette manière et comment elle interagit avec lui (voir l'annexe 1 à la fin de l'article). Les réponses sont codées sur une échelle de type Likert à 3 points (« jamais ou pas vrai » à « souvent ou très vrai ») pour les difficultés de comportement et sur une échelle à 5 points (« jamais » à « plusieurs fois par jour ») pour les dimensions de la relation mère-enfant. Le cumul des scores donne un score qualifiant l'intensité des difficultés de comportement des enfants, ainsi que la qualité de la relation entre l'enfant et sa mère pour chacune des trois dimensions.

Devis de l'étude et analyses statistiques

Cette recherche a trois objectifs. Le premier vise à comparer les différentes compositions fraternelles en contrôlant pour la taille des fratries. Par exemple, parmi les familles composées d'un enfant, les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant seront comparées entre les garçons uniques et les filles uniques. La même chose sera faite parmi les fratries de deux enfants et de trois enfants. Les agrégats des difficultés de comportement des enfants et de la relation mère-enfant

seront comparés entre les quatre compositions possibles parmi les familles de deux et les huit compositions possibles parmi les familles de trois.

Un score pour chacune des difficultés de comportement des enfants sera calculé pour permettre de mesurer les agrégats. Par exemple, le score d'hyperactivité des deux enfants des familles de deux sera additionné puis divisé par *deux*. Cette opération donne un score pour chaque fratrie et peut être utilisé comme un score continu. La même chose sera faite pour les fratries de trois enfants, c'est-à-dire les scores des trois enfants seront additionnés et par la suite divisés par *trois* pour permettre la comparaison avec les fratries de deux (une forme de standardisation). Le même exercice sera fait pour les trois dimensions de la relation mère-enfant.

Les moyennes des garçons et des filles uniques pour les difficultés de comportement et les dimensions de la relation mère-enfant seront comparées à l'aide de tests de *t* non-appariés. Par la suite, les scores moyens des quatre compositions fraternelles possibles (gg ; gf ; fg ; ff) pour les familles de deux enfants seront comparés, de même que les scores moyens des huit compositions fraternelles pour les familles de trois enfants. Des tests ANOVA seront alors effectués pour déterminer s'il existe une différence entre les moyennes. Le seuil de signification retenu est de .01. Ensuite, des tests de comparaison multiple post-hoc seront effectués pour déterminer si des différences significatives existent entre les différentes

paires de scores moyens. Lorsque les variances seront égales entre les moyennes, nous utiliserons le test LSD (« Least Significant Differences »). Ce test peut être utilisé lorsque *les nombres* entre les groupes de comparaison sont inégaux. Par contre, lorsque les variances seront inégales, le test non-paramétrique de Games-Howell sera utilisé. La probabilité alpha retenue est de .01 compte tenu du nombre élevé de tests statistiques employés dans cette étude (Daniel, 1991).

Le second objectif vise à classer les 14 compositions fraternelles en ordre de sévérité pour chacune des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant. Les compositions fraternelles seront ordonnées selon leur score moyen calculé.

Le troisième objectif consiste à vérifier la concordance entre les *agrégats extériorisés/intériorisés* et les agrégats de comportements maternels négatifs. Les symptômes extériorisés sont définis par l'hyperactivité, l'agressivité directe et les crimes contre la propriété. Un indice sera calculé en additionnant les scores des trois difficultés de comportement pour chacune des compositions fraternelles. Les symptômes intériorisés représentent uniquement la somme des symptômes mesurant cette dimension. Par la suite, un indice de comportement maternel négatif sera créé en additionnant les scores des comportements hostiles et des comportements punitifs. Les agrégats extériorisés des enfants et les

comportements maternels négatifs des 14 compositions fraternelles seront mis en ordre de sévérité et par la suite comparés pour déterminer s'il existe une concordance entre les deux types d'agrégats. Le même exercice sera aussi fait pour les agrégats intériorisés. Le critère proposé pour examiner le niveau de concordance concerne la différence moyenne entre les deux construits (agrégats de difficultés de comportement et agrégats de comportements maternels négatifs) en terme de rang. Une différence de plus de 4 rangs sera considérée comme une discordance (cette différence a été calculée en tenant compte de l'écart moyen entre les rangs des agrégats de difficultés de comportement et des agrégats de comportements maternels négatifs pour chacune des 14 compositions fraternelles, voir le bas des tableaux 6 et 7).

Résultats

Objectif 1 Comparaison des compositions fraternelles selon la taille des fratries

Enfants de situation unique

Les données au tableau 1 révèlent que les garçons manifestent en moyenne plus de symptômes *d'hyperactivité* ($t = -6.41$, $df = 725$, $p = .000$), *d'agressivité directe* ($t = -5.43$, $df = 673.27$, $p = .000$) et de *crimes contre la propriété* ($t = -4.80$, $df = 669.53$, $p = .000$) que les filles. Aucune différence n'est notée pour les *troubles intériorisés* et *l'agressivité indirecte*.

« Tableau 1 environ ici »

Une seule différence significative ressort à l'examen des relations mère-enfant ; les mères utilisent plus de *comportements hostiles* à l'égard des garçons que des filles ($t = -3.15$, $df = 725$, $p = .002$). Les moyennes des deux groupes ne varient pas au niveau statistique pour les *interactions positives* et les *comportements punitifs*.

Enfants de fratries de deux

L'examen des analyses ANOVA indique que les moyennes des quatre compositions fraternelles diffèrent pour : les *symptômes d'hyperactivité* ($F = 8.57$, $df = 3/1192$, $p = .000$), *d'agressivité directe* ($F = 7.60$, $df = 3/1192$, $p = .000$) et les *crimes contre la propriété* ($F = 6.42$, $df = 3/1192$, $p = .000$) (tableau 2). Comme pour les enfants uniques, aucune différence n'est notée pour les symptômes associés aux *troubles intériorisés* et à *l'agressivité indirecte*.

« Tableau 2 environ ici »

Les résultats des tests de comparaisons multiples post-hoc indiquent des différences entre certaines paires de moyennes. Pour *l'hyperactivité*, les résultats des comparaisons indiquent un score moyen des fratries masculines plus élevé que pour les trois autres compositions fraternelles (gf, $p = .000$ (LSD) ; fg, $p = .003$ (LSD) ; ff, $p = .000$ (LSD)). Pour *l'agressivité*

directe, les fratries masculines ont un score supérieur aux fratries féminines ($p = .000$ (GH)) et à celles composées d'une fille et d'un garçon ($p = .002$ (GH)) et d'un garçon et d'une fille ($p = .010$ (GH)). En ce qui concerne les *crimes contre la propriété*, les fratries de garçons présentent un score moyen plus élevé que celles composées exclusivement de filles ($p = .000$ (GH)).

Aucune différence dans les résultats des tests ANOVA pour les trois dimensions de la relation mère-enfant n'est notée. De plus, aucune différence n'est observée avec les tests de comparaisons multiples post-hoc.

Enfants de fratries de trois

Une seule différence significative apparaît au test ANOVA pour les fratries de trois enfants, soit pour *l'hyperactivité* ($F = 2.06$, $df = 7/234$, $p = .049$) (tableau 3). Les résultats des tests de comparaisons multiples post-hoc indiquent trois différences significatives ; le score moyen des fratries ggf est plus élevé que celui des fratries ggg ($p = .007$ (LSD)), gfg ($p = .009$ (LSD)) et fff ($p = .003$ (LSD)). Malgré un test ANOVA non significatif pour les *troubles intériorisés*, on constate une différence significative post-hoc, le score moyen des fratries ggf est supérieur à celui des fratries composées uniquement de garçons (ggg, $p = .002$ (GH)).

« *Tableau 3 environ ici* »

Comme pour les fratries de deux enfants, aucune différence significative n'est observée pour les trois dimensions de la relation mère-enfant, de même qu'aucune différence post-hoc significative.

Objectif 2

Classement des agrégats des cinq difficultés de comportement et des trois dimensions de la relation mère-enfant selon les 14 compositions fraternelles

En ce qui concerne les *symptômes intériorisés* et *d'agressivité indirecte*, la *composition ggf*, en tant qu'unité, présente les scores moyens les plus élevés. Quant aux *symptômes extériorisés* pour *l'hyperactivité*, *l'agressivité directe* et les *crimes contre la propriété*, les fratries *g*, *fgf* et *gg* présentent respectivement les scores moyens les plus haut parmi les 14 compositions fraternelles. Les données sur les agrégats de difficultés de comportement sont présentées au tableau 4.

« *Tableau 4 environ ici* »

Le même type de classement est fait pour les trois dimensions de la relation mère-enfant (tableau 5). Le score moyen le plus bas pour les *interactions positives* se retrouve à la composition fraternelle *ffg*. En ce qui concerne les deux autres dimensions, les *comportements hostiles* et les *comportements punitifs*, les compositions *ggf* et *gff* obtiennent les scores

moyens les plus hauts. Ces compositions fraternelles sont celles où les mères emploient le plus de comportements négatifs.

« *Tableau 5 environ ici* »

Objectif 3

Concordance entre les agrégats de symptômes extériorisés/intériorisés des enfants et les agrégats de comportements maternels négatifs

Les données du tableau 6 montrent une certaine concordance entre les agrégats de symptômes extériorisés et les comportements maternels négatifs, surtout pour les différentes compositions fraternelles classées de la position 3 à 9 et de la position 12 à 14. Les divergences les plus marquées se retrouvent dans les compositions fraternelles g, gff, gg, ffg et ggg. Ces compositions se classent respectivement 2^e, 8^e, 1^{er}, 10^e et 11^e pour les agrégats extériorisés, mais 10^e, 3^e, 5^e, 6^e et 7^e pour les agrégats de comportements maternels négatifs.

« *Tableau 6 environ ici* »

Les données au tableau 7 indiquent légèrement moins de concordance entre les agrégats de symptômes intériorisés et les agrégats de comportements maternels négatifs. Des divergences sont notées pour les compositions fraternelles gff, ggg, g et f.

« *Tableau 7 environ ici* »

Discussion

Les données de cette recherche révèlent la présence d'agrégats de difficultés de comportement lorsqu'on tient compte de variables telles que la taille de la fratrie et le sexe des membres de la fratrie. Les résultats indiquent des différences significatives parmi les enfants uniques (tableau 1) ; les garçons présentent plus de symptômes d'hyperactivité, d'agressivité directe et de crimes contre la propriété que les filles. Les données de Luoma, Puura, Tamminen, Kaukonen, Piha, Räsänen, Kumpulainen, Moilanen, Koivisto et Almqvist (1999) vont dans la même direction : les garçons uniques présentent plus de symptômes extériorisés que les filles uniques, autant selon la perception des parents que des professeurs.

En ce qui concerne les fratries de deux enfants (tableau 2), plus de symptômes d'hyperactivité et d'agressivité directe sont présents dans les fratries composées uniquement de garçons, comparativement aux trois autres compositions fraternelles (gf ; fg ; ff). Ces données confirment en partie les résultats de Szatmari, Offord et Boyle (1993) selon lesquels il y a plus de troubles des conduites dans les fratries strictement masculines. Cependant, nos données ne confirment pas les leurs au sujet de symptômes intériorisés plus importants dans les fratries exclusivement féminines. Cette divergence s'explique peut-être par l'emploi d'une méthodologie différente :

dans notre étude, la psychopathologie est mesurée par le nombre de symptômes alors que Szatmari, Boyle et Offord (1993) la calcule à l'aide d'une mesure catégorielle permettant de déterminer la présence ou non d'un trouble mental. De plus, les analyses effectuées regroupaient en un même sous-échantillon les familles de 2 et de 3 enfants, ce qui constitue une limite importante.

Les données sur les agrégats de comportements maternels montrent que les mères de garçons uniques emploient plus de comportements hostiles à leur égard que les mères de filles uniques. Aucune différence n'est notée pour les interactions positives et les comportements punitifs. La comparaison des quatre compositions fraternelles possibles pour les fratries de deux enfants ne montre aucune différence pour les trois dimensions de la relation mère-enfant. De même, aucune différence n'est observée entre les huit compositions fraternelles des fratries de trois enfants. Ces résultats surprennent compte tenu que l'on aurait pu s'attendre à ce que les fratries composées uniquement de garçons (ggg et gg) reçoivent, en tant qu'unité, plus de comportements maternels négatifs.

Nos données nous permettent de classer les 14 compositions fraternelles selon les agrégats de difficultés de comportement et les agrégats de comportements maternels positifs et négatifs (tableaux 4 et 5). Les résultats indiquent que les compositions fraternelles ayant les scores

d'agrégation les plus élevés varient selon les difficultés de comportement. La seule exception est la composition ggf qui présente le score le plus haut pour les symptômes intériorisés et d'agressivité indirecte. Ces deux difficultés de comportement se retrouvent habituellement plus souvent chez les filles que chez les garçons, il est possible que le score des filles des compositions ggf soit très élevé et qu'il contribue ainsi à une augmentation du score d'agrégat. Cela reste à vérifier. De plus, la possibilité d'un processus de contagion est aussi possible (Jones et Jones, 1992). Les garçons seraient à risque de présenter certains symptômes intériorisés ou d'agressivité indirecte car ils sont exposés régulièrement à leur sœur qui manifesteraient de tels symptômes.

L'examen du classement des agrégats de comportements maternels indique que la composition ggf est celle où les mères emploient le plus de comportements hostiles. Elle se classe deuxième pour les agrégats des comportements punitifs. Ces données s'expliquent probablement par le fait que les enfants de cette composition présentent collectivement des agrégats élevés pour les symptômes intériorisés et d'agressivité indirecte.

Une certaine correspondance est rencontrée entre les agrégats de symptômes extériorisés et les agrégats de comportements maternels négatifs en fonction des compositions fraternelles. Moins de correspondance

est observée pour les agrégats de symptômes intériorisés. En général, les données confirment que les agrégats extériorisés/intériorisés vont dans le même sens que les agrégats de comportements maternels négatifs. On retrouve cependant trois exceptions importantes, soit les compositions fraternelles g, ggg et gff. Les données pour ces trois compositions sont très discordantes. Par exemple, les compositions ggg se classent respectivement 11^{ème} et 14^{ème} pour les agrégats de symptômes extériorisés et intériorisés, mais 7^{ème} pour les agrégats de comportements maternels négatifs. Ceci suggère que d'autres facteurs que la relation mère-enfant sont associés aux agrégats de difficultés de comportement.

Cette étude comporte certaines limites. Premièrement, il aurait été intéressant de croiser la perception des pères biologiques pour vérifier si les agrégats de difficultés de comportement des enfants et des attitudes parentales sont les mêmes que pour les mères. Ce travail n'a pu être fait avec les données de l'ELNEJ puisque lorsqu'un père était interrogé, la mère ne l'était pas, et inversement. Il serait donc important que la perspective des deux parents soit évaluée dans les prochaines recherches cliniques et épidémiologiques. De plus, un seul informateur a été utilisé (la mère), ce qui constitue une limite importante. Deuxièmement, il est important de rappeler que les analyses statistiques pour les compositions fraternelles de un et deux enfants ont été effectuées à partir d'échantillons de taille considérable. Cependant, les analyses des compositions fraternelles de trois enfants ont

été faites avec des échantillons beaucoup plus petits (parfois inférieurs à 30 ménages), ce qui nous amène à interpréter ces résultats avec prudence. Troisièmement, le cumul des scores des enfants d'une même famille comporte certaines limitations. En effet, il est possible que le score d'un seul enfant augmente le score moyen de plusieurs fratries. La technique utilisée est donc sensible aux variations individuelles des sujets. Cependant, il est important de mentionner que le fait d'additionner des scores individuels afin d'arriver à un score global de fratrie en tant qu'unité est porteur de sens car il représente vraiment ce que la mère perçoit de ses enfants pour une difficulté donnée dans une perspective systémique. Quatrièmement, il est impossible d'établir une relation de cause à effet entre les agrégats de comportements maternels négatifs et les agrégats de difficultés de comportement des enfants compte tenu du devis de la recherche. Il sera cependant possible de répondre en partie à cette question puisque l'ELNEJ en sera déjà à sa troisième collecte de données sur ces enfants. Toutefois, il sera important de tenir compte des quelques fratries qui auront changé par l'ajout (naissance) et/ou le retrait (décès) d'un membre. En dernier lieu, il nous est impossible de dire si les variations observées dans les agrégats de difficultés de comportement des enfants sont dues à des facteurs génétiques ou environnementaux (comportements des parents).

Plusieurs avantages découlent de l'utilisation de la base de données de l'ELNEJ où l'information est disponible pour les quatre premiers enfants

des familles. La taille considérable de l'échantillon a permis d'effectuer des analyses statistiques plus fines en tenant compte de la taille et du sexe des membres de la fratrie. Par exemple, il a été possible de regarder les différentes combinaisons fraternelles des fratries de deux et de trois enfants, ce que Szatmari, Offord et Boyle (1993) n'avaient pu faire. Les données nous ont aussi permis de calculer des agrégats de comportements maternels. À notre connaissance, c'est la première fois que des scores de ce type ont été calculés par types de compositions fraternelles. Enfin, il est aussi important de noter que le fait de travailler avec une probabilité alpha de .01, rendu nécessaire à cause la multiplicité des tests statistiques employés, nous rend plus confiants dans la généralisation de nos données.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent la présence d'agrégats de difficultés de comportement pour les enfants et d'agrégats de comportements maternels pour certaines compositions fraternelles. L'agrégation familiale existe donc vraiment dans la communauté, comme Szatmari, Offord et Boyle (1993) l'ont montré à partir des données de l'enquête ontarienne sur la santé des jeunes au début des années 80. Les résultats de ces deux recherches révèlent donc que l'agrégation familiale n'est pas seulement un concept qui découle du biais de référence clinique.

Les données de cette recherche posent certaines interrogations. La première questionne la discordance observée entre certains agrégats extériorisés/intériorisés et certains agrégats de comportements maternels négatifs. Il est important de s'interroger à savoir pourquoi des divergences aussi importantes sont apparues dans nos résultats. Par exemple, il est possible que le fait de tenir compte uniquement des comportements maternels négatifs (cumul des comportements hostiles et punitifs) ne reflète pas la réalité des différentes compositions fraternelles.

Les recherches futures se doivent de déterminer si les agrégats varient selon l'intervalle intergénésiq ue entre les naissances. Il est facile de prendre en compte l'intervalle dans les fratries de deux enfants. Cela se complexifie avec les fratries plus nombreuses. La prise en compte d'un intervalle intergénésiq ue moyen pourrait être une solution. D'autres variables devraient être incluses dans les prochaines recherches telles que l'ethnicité des enfants et des parents, ainsi que la structure de la famille (mère seule, père seul ou famille recomposée) afin de mieux saisir leur impact sur les agrégats de difficultés de comportement des enfants.

Références

- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A. et Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families : a controlled family study of adolescents suicide victims. *Archives of General Psychiatry* 53: 1145-1152.
- Breton, J.-J. (1999). Complementary development of prevention and mental health promotion programs for Canadian children based on contemporary scientific paradigms. *Canadian Journal of Psychiatry* 44: 227-233.
- Bridge, J., Brent, D. A., Johnson, B. A. et Connolly, J. (1997). Familial aggregation of psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 628-636.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Brook, D. W. et Gordon, A. S. (1991). Sibling influences on adolescent drug use : older brothers on younger brothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30: 958-968.
- Daniel, W. W. (1991). *Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences*. New York : John Wiley and Sons.
- Deal, S. N. et MacLean, W. E. (1995). Disrupted lives : Siblings of disturbed adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 65: 274-281.
- Hoover, C. F. et Franz, J. D. (1972). Siblings in the families of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 26: 334-342.
- Johnson, B. A., Brent, D. A., Connolly, J., Bridge, J., Matta, J., Constantine, D., Rather, C. et White, T. (1995). Familial aggregation of adolescent personality disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 798-804.
- Jones, D. R. et Jones, M. B. (1992). Behavioral contagion in sibships : program participation and conduct disorder. *Journal of Psychiatric Research* 26: 149-164.
- Lecourt, M.-P. (1970). L'enfant soigné en psychiatrie et sa fratrie : Enquête sur la fratrie de 15 enfants traités dans un hôpital de jour du 13^{ème} arrondissement. *La Psychiatrie de l'Enfant* 20 : 83-124.

- Luoma, I., Puura, K., Tamminen, T., Kaukonen, P., Piha, J., Räsänen, E., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Koivisto, A.-M. et Almqvist, F. (1999). Emotional and behavioural symptoms in 8-9-years-old children in relation to family structure. *European Child and Adolescent Psychiatry* 8: Suppl. 4: S29-S40.
- Merikangas, K. R. (1987). Genetic epidemiology of psychiatric disorders. In *Psychiatry update: American Psychiatric Association Annual Review*, vol 6, R. E. Hales et A. J. Frances (Eds.), Washington: American Psychiatric Press.
- Montigny, G. (1994). L'enquête longitudinale nationale sur les enfants. *Cahiers québécois de démographie* 23 : 121-133.
- Rende, R. et Weissman, M. M. (1999). Sibling aggregation for psychopathology in offspring of opiate addicts: effects of parental comorbidity. *Journal of Clinical Child Psychology* 28: 342-348.
- Rutter, M., Macdonald, H., Le Couteur, A., Harrington, R., Bolton, P. et Bailey, A.. (1990). Genetic factors in child psychiatry disorders – II. Empirical findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31: 39-83.
- Sameroff, A. J. et Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz et coll. (Eds.). *Review of child development research* (Vol. 4). Chicago: Chicago University Press, pp. 187-244.
- Strayhorn, J. M. Et Weidman, C. S. (1988). A parent practices scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27: 613-618.
- Szatmari, P., Boyle, M. H. et Offord, D. R. (1993). Familial aggregation of emotional and behavioral problems of childhood in the general population. *American Journal of Psychiatry* 150: 1398-1403.
- Villeneuve, C. et Toharia, A. (1997). *La thérapie familiale apprivoisée*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Tableaux

Tableau 1. Scores moyens (écarts type) des difficultés de comportement et des dimensions de la relation mère-enfant parmi les fratries composées d'un seul enfant.

Variables	Filles uniques (n= 352)	Garçons uniques (n= 375)	Valeur de t	p
Difficultés de comportement des enfants				
Hyperactivité	3.96 (3.24)	5.60 (3.61)	-6.41	.000
Trouble intériorisé	2.34 (2.24)	2.44 (2.25)	-0.60	.552
Agressivité directe	0.65 (1.29)	1.29 (1.84)	-5.43	.000
Agressivité indirecte	1.01 (1.44)	0.97 (1.42)	0.41	.683
Crimes contre la propriété	0.45 (0.76)	0.79 (1.09)	-4.80	.000
Dimensions de la relation mère-enfant				
Interactions positives	14.07 (2.75)	13.86 (2.95)	1.02	.310
Comportements hostiles	7.59 (3.51)	8.42 (3.57)	-3.15	.002
Comportements punitifs	8.43 (1.97)	8.70 (2.01)	-1.83	.068

Tableau 2. Scores moyens (écarts type) des difficultés de comportement et des dimensions de la relation mère-enfant parmi les fratries composées de deux enfants.

Variables	Garçon – garçon (n= 269)	Garçon – fille (n= 326)	Fille – garçon (n= 322)	Fille – fille (n= 279)	F	p
Difficultés de comportement des enfants						
Hyperactivité ¹	5.05 (2.77)	4.20 (2.59)	4.41 (2.57)	3.98 (2.53)	8.57	.000
Trouble intériorisé	2.60 (2.12)	2.39 (1.89)	2.35 (1.95)	2.31 (2.00)	1.16	.324
Agressivité directe ²	1.73 (1.77)	1.33 (1.47)	1.26 (1.31)	1.17 (1.45)	7.60	.000
Agressivité indirecte	1.19 (1.42)	1.28 (1.44)	1.06 (1.32)	1.11 (1.47)	1.42	.234
Crimes contre la propriété ³	0.96 (1.08)	0.78 (0.90)	0.76 (0.83)	0.61 (0.88)	6.42	.000
Dimensions de la relation mère-enfant						
Interactions positives	13.22 (2.50)	13.11 (2.68)	12.82 (2.64)	12.80 (2.60)	1.87	.133
Comportements hostiles	9.20 (3.18)	9.02 (3.23)	8.88 (3.21)	8.61 (3.05)	1.65	.176
Comportements punitifs	9.10 (1.82)	8.81 (1.85)	8.95 (1.70)	8.86 (1.77)	1.45	.226

1 GG-GF, p= .000 (LSD) ; GG-FG, p= .003 (LSD) ; GG-FF, p= .000 (LSD)

2 GG-GF, p= .010 (GH) ; GG-FG, p= .002 (GH) ; GG-FF, p= .000 (GH)

3 GG-FF, p= .000 (GH)

Tableau 3. Scores moyens (écarts type) des difficultés de comportement et des dimensions de la relation mère-enfant parmi les fratries composées de trois enfants.

Variabes	GGG (N= 36)	FGG (N= 28)	GGF (N= 37)	FGF (N= 22)	GFG (N= 30)	FFG (N= 36)	GFF (N= 31)	FFF (N= 22)	F	p
Difficultés de comportement des enfants										
Hyperactivité ¹	3.33 (2.36)	3.73 (2.19)	4.82 (2.23)	4.35 (2.66)	3.30 (2.40)	3.69 (2.33)	3.57 (2.57)	2.92 (1.84)	2.06	.049
Trouble intériorisé ²	1.56 (1.42)	2.45 (1.25)	2.76 (2.11)	2.39 (1.38)	1.86 (1.54)	2.32 (1.82)	1.91 (1.97)	1.77 (1.16)	2.01	.055
Agressivité directe	1.53 (1.32)	1.79 (1.40)	1.81 (1.74)	1.89 (2.05)	0.98 (1.04)	1.21 (1.53)	1.53 (1.51)	1.05 (1.26)	1.58	.143
Agressivité indirecte	0.69 (0.60)	1.26 (1.44)	1.49 (1.35)	1.30 (1.81)	0.94 (0.86)	1.03 (1.33)	1.19 (1.55)	1.35 (1.38)	1.30	.250
Crimes contre la propriété	0.60 (0.69)	0.67 (0.68)	0.86 (0.84)	0.86 (1.42)	0.40 (0.48)	0.62 (1.01)	0.69 (0.80)	0.55 (0.68)	0.99	.437
Dimensions de la relation mère-enfant										
Interactions positives	12.73 (2.44)	12.46 (2.53)	13.00 (2.18)	13.18 (2.54)	12.70 (2.36)	11.86 (2.01)	12.31 (2.34)	12.92 (2.37)	1.03	.410
Attitudes hostiles	8.70 (2.93)	9.33 (3.55)	9.46 (3.53)	9.36 (3.09)	7.64 (2.47)	8.84 (3.23)	9.25 (3.03)	8.00 (2.81)	1.35	.229
Attitudes punitifs	9.19 (1.61)	9.10 (1.76)	9.33 (1.82)	9.33 (2.06)	8.31 (1.82)	9.16 (1.38)	9.41 (1.79)	9.08 (1.40)	1.23	.286

¹ GGF-GGG, p= .007 (LSD) ; GGF-GFG, p= .009 (LSD) ; GGF-FFF, p= .003 (LSD)

² GGF-GGG, p= .002 (LSD)

Tableau 4. Compositions fraternelles classées selon le score moyen des difficultés de comportement des enfants.

Rang des observations	Hyperactivité	Trouble intériorisé	Agressivité directe	Agressivité indirecte	Crimes contre la propriété
1	G 5.60	GGF 2.76	FgF 1.89	GGF 1.49	Gg 0.99
2	Gg 5.05	Gg 2.60	GGF 1.81	FFF 1.35	GGF 0.86
3	GGF 4.82	FgG 2.45	FgG 1.79	FgF 1.30	FgF 0.86
4	Fg 4.41	G 2.44	Gg 1.73	Gf 1.28	G 0.79
5	FgF 4.35	Gf 2.39	GGG 1.53	FgG 1.26	Gf 0.78
6	Gf 4.20	FgF 2.39	Gff 1.53	Gg 1.19	Fg 0.76
7	Ff 3.98	Fg 2.35	Gf 1.33	Gff 1.19	Gff 0.69
8	F 3.96	F 2.34	G 1.29	Ff 1.11	FgG 0.67
9	FgG 3.73	FfG 2.32	Fg 1.26	Fg 1.06	FfG 0.62
10	FfG 3.69	Ff 2.31	FfG 1.21	FfG 1.03	Ff 0.61
11	Gff 3.57	Gff 1.91	Ff 1.17	F 1.01	GGG 0.60
12	GGG 3.33	GfG 1.86	FFF 1.05	G 0.97	FFF 0.55
13	GfG 3.30	FFF 1.77	GfG 0.98	GfG 0.94	F 0.45
14	FFF 2.92	GGG 1.56	F 0.65	GGG 0.69	GfG 0.40

Tableau 5. Compositions fraternelles classées selon le score moyen des comportements maternels positifs et négatifs.

Rang des observations	Interactions positives ¹	Comportements hostiles	Comportements punitifs
1	FFG 11.86	GGF 9.46	GFF 9.41
2	GFF 12.31	FGF 9.36	GGF 9.33
3	FGG 12.46	FGG 9.33	FGF 9.33
4	GFG 12.70	GFF 9.25	GGG 9.19
5	GGG 12.73	GG 9.20	FFG 9.16
6	FF 12.80	GF 9.02	FGG 9.10
7	FG 12.82	FG 8.88	GG 9.10
8	FFF 12.92	FFG 8.84	FFF 9.08
9	GGF 13.00	GGG 8.70	FG 9.01
10	GF 13.11	FF 8.61	FF 8.86
11	FGF 13.18	G 8.42	GF 8.82
12	GG 13.22	FFF 8.00	G 8.70
13	G 13.86	GFG 7.64	F 8.43
14	F 14.07	F 7.59	GFG 8.31

1 : Les scores moyens bas indiquent que les mères de ces compositions fraternelles ont moins d'interactions positives.

Tableau 6. Concordance entre les agrégats de symptômes extériorisés des enfants et les agrégats de comportements maternels négatifs.

Rang (différence)		Agrégats de symptômes extériorisés	Agrégats de comportements maternels négatifs
1	1 – 5 (4)	gg (7.73)	gff (18.80)
2	2 – 10 (8)	g (7.65)	fgf (18.70)
3	3 – 1 (2)	gff (7.50)	gff (18.66)
4	4 – 2 (2)	fgf (7.10)	fgg (18.42)
5	5 – 8 (3)	fg (6.42)	gg (18.30)
6	6 – 9 (3)	gf (6.31)	ffg (18.00)
7	7 – 4 (3)	fgg (6.18)	ggg (17.89)
8	8 – 3 (5)	gff (5.78)	fg (17.84)
9	9 – 11 (2)	ff (5.75)	gf (17.83)
10	10 – 6 (4)	ffg (5.53)	g (17.47)
11	11 – 7 (4)	ggg (5.46)	ff (17.47)
12	12 – 13 (1)	f (5.13)	fff (17.07)
13	13 – 14 (1)	gfg (4.68)	f (16.56)
14	14 – 12 (2)	fff (5.13)	gfg (15.96)
Différence des rangs moyens: 42/14 compositions fraternelles: 3.1			

Tableau 7. Concordance entre les agrégats de symptômes intériorisés des enfants et les agrégats de comportements maternels négatifs.

Rang (différence)		Agrégats de symptômes intériorisés	Agrégats de comportements maternels négatifs
1	1 – 1 (0)	gff (2.76)	gff (18.80)
2	2 – 5 (3)	gg (2.60)	fgf (18.70)
3	3 – 4 (1)	fgg (2.45)	gff (18.66)
4	4 – 10 (6)	g (2.44)	fgg (18.42)
5	5 – 9 (4)	gf (2.39)	gg (18.30)
6	6 – 2 (4)	fgf (2.39)	ffg (18.00)
7	7 – 8 (1)	fg (2.35)	ggg (17.89)
8	8 – 13 (5)	f (2.34)	fg (17.84)
9	9 – 6 (3)	ffg (2.32)	gf (17.83)
10	10 – 11 (1)	ff (2.31)	g (17.47)
11	11 – 3 (8)	gff (1.91)	ff (17.47)
12	12 – 14 (2)	gfg (1.86)	fff (17.07)
13	13 – 12 (1)	fff (1.77)	f (16.56)
14	14 – 7 (7)	ggg (1.56)	gfg (15.96)
Différence des rangs moyens: 46/14 compositions fraternelles: 3.3			

Annexes

Annexe 1. Tableau synthèse des variables utilisées dans cette recherche.

Échelle de mesure	Construits	Items
Difficultés de comportement	Hyperactivité – inattention (8 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> •Ne peut rester en place, est agité/e ou hyperactif/ve •Se laisse distraire, a de la difficulté à poursuivre une activité quelconque •Remue sans cesse •Est incapable de se concentrer, ne peut maintenir son attention sur une longue période •Est impulsif/ve, agit sans réfléchir •A de la difficulté à attendre son tour dans un jeu ou en groupe •A de la difficulté à rester tranquille pour plus de quelques instants •Est inattentif/ve
	Troubles émotifs (8 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> •Semble malheureux/se, triste ou déprimé/e •N'est pas aussi heureux/se que les autres enfants •Est trop craintif/ve ou angoissé/e •Est inquiet/ète •Pleure beaucoup •Semble triste, malheureux/malheureuse, près des larmes ou bouleversé/e •Est nerveux/se ou très tendu/e •A de la difficulté à s'amuser
	Agression physique (6 items) Score de 0 à 12	<ul style="list-style-type: none"> •Se bagarre souvent •Lorsqu'un autre enfant lui fait mal accidentellement, il/elle suppose que cet enfant l'a fait exprès, se fâche et commence une bagarre •Attaque physiquement les autres •Menace les autres •Est cruel/cruelle envers les autres, les brutalise et fait preuve de méchanceté •Frappe, mord, donne des coups de pied à d'autres enfants
	Agression indirecte (5 items) Score de 0 à 10	<ul style="list-style-type: none"> •Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, essaie d'entraîner d'autres à détester cette personne •Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, devient ami/e avec quelqu'un d'autre pour se venger •Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit de vilaines choses dans le dos de l'autre personne •Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, dit aux autres : ne restons pas avec lui/elle •Lorsqu'il/elle est fâché/e contre quelqu'un, raconte les secrets de cette personne à quelqu'un d'autre
	Atteinte à la propriété (6 items) Score de 0 à 12	<ul style="list-style-type: none"> •Détruit ses propres choses •Vole des choses dans la maison •Démolît des choses qui appartiennent à sa famille ou à d'autres enfants •Dit des mensonges ou triche •Cause du vandalisme •Vole des choses à l'extérieur de la maison

Suite de l'annexe 1. Tableau synthèse des variables utilisées dans cette recherche.

Échelles de mesure	Construits	Items
Relation mère-enfant	Interactions positives (5 items) Score de 0 à 20	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence félicitez-vous ... en lui disant des choses comme « Bravo ! », « C'est très joli ce que tu as fait » ou « Très bien » ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de parler ou de jouer avec lui/elle, de concentrer votre attention l'un sur l'autre pendant cinq minutes ou plus, pour le simple plaisir ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de rire avec lui/elle ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire avec lui/elle une activité spéciale qu'il/elle aime ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de faire des sports, des passe-temps ou des jeux avec lui/elle ?
	Comportements hostiles (7 items) Score de 0 à 28	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence vous arrive-t-il d'être contrarié par une parole ou un geste que ... n'est pas censé/e dire ou faire ? • Lorsque vous parlez à ... de son comportement, dans quelle proportion du temps le/la félicitez-vous ? • Lorsque vous lui parlez de sa conduite, dans quelle proportion du temps le/la désapprouvez-vous ? • À quelle fréquence vous mettez-vous en colère lorsque vous punissez ... ? • À quelle fréquence croyez-vous que le genre de punition que vous lui donnez dépend de votre humeur ? • À quelle fréquence croyez-vous avoir de la difficulté à vous y prendre avec lui/elle en général ? • À quelle fréquence devez-vous le/la punir à maintes reprises pour la même chose ?
	Comportements punitifs (4 items) Score de 0 à 16	<ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence vous arrive-t-il d'élever la voix, de le/la gronder ou de lui crier après ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de discuter calmement du problème avec lui/elle ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de lui infliger des punitions corporelles ? • À quelle fréquence vous arrive-t-il de lui expliquer d'autres façons de se comporter qui sont acceptables ?

Discussion générale

Cet ouvrage visait à obtenir une vision des difficultés de comportements des enfants selon qu'ils soient enfants uniques ou non, selon leur position dans la famille (rang, sexe et intervalle intergénéral) et selon un indice de psychopathologie globale associé aux différentes compositions fraternelles. Dans les pages qui suivent, nous résumerons les résultats obtenus dans chaque article. Nous situerons les résultats par rapport à l'ensemble de la littérature sur le sujet et nous soulignerons les contributions théoriques et méthodologiques du présent ouvrage, ainsi que les recherches futures envisageables.

Taille de la fratrie (1^{er} article)

Les données des analyses de régression multiple indiquent que les variables qui prédisent le mieux certaines difficultés de comportements des enfants sont les comportements hostiles maternels, le score de dépression de la mère et le niveau de fonctionnement de la famille. Cela est en accord avec un modèle transactionnel où les caractéristiques proximales représentent les variables les plus importantes associées à la psychopathologie (Bergeron et coll., 2000; Breton, 1999).

Nos données montrent également que le statut d'enfant unique prédit une augmentation du nombre de symptômes hyperactifs et intériorisés parmi les garçons et les filles de certaines catégories d'âge. Aussi, on observe des interactions avec les comportements hostiles de la mère et le fait d'être un

enfant unique ou non. Ce dernier résultat confirme également l'utilité d'un modèle transactionnel.

Plus spécifiquement, nos résultats montrent d'abord que le statut d'enfant unique chez les filles âgées de 8 à 9 ans est lié à une augmentation de symptômes hyperactifs. On constate le même phénomène parmi les garçons âgés de 4 à 9 ans. À notre connaissance, seuls Xin et coll. (1992) et Tao (1998) ont tenu compte des symptômes d'hyperactivité dans leur recherche sur la fratrie. Il est à noter que les deux recherches ont été faites en Chine. Celle de Xin et coll. (1992) ne montre aucune association entre la situation d'unicité de l'enfant et l'augmentation du nombre de symptômes d'hyperactivité et celle de Tao (1998) indiquent plutôt que les filles uniques présentent moins de symptômes d'hyperactivité que les filles non uniques. Il faut cependant être prudent car les données de ces deux recherches proviennent d'analyses *bivariées*.

À notre connaissance, une seule autre étude a procédé à une analyse multivariée (analyse de régression logistique) en tenant compte de la situation d'unicité des enfants en tant que variable indépendante. Cette recherche a été effectuée au Québec par Valla et coll. (1994). Leurs données révèlent que les enfants uniques âgés de 9 à 11 ans ont 9 fois plus de chances d'avoir un trouble extériorisé que ceux ayant des frères et/ou des sœurs, selon la perception des *parents*. On constate la même chose parmi

les enfants de 6 à 8 ans. Dans le cadre de cette enquête, les troubles extériorisés étaient mesurés par la présence soit d'hyperactivité, de trouble d'opposition ou de trouble des conduites. À notre connaissance, les auteurs n'ont pas fait d'analyse spécifique pour chacun de ces trois troubles extériorisés ; il est possible alors que le fait de tenir compte de l'ensemble des troubles extériorisés dans les analyses ait masqué une relation spécifique existante pour l'hyperactivité chez les enfants uniques. Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, il faut être prudent dans nos comparaisons car nous travaillons avec des mesures dépendantes continues, tandis que Valla et coll. (1994) ont travaillé avec des mesures dépendantes catégorielles à deux niveaux (présence ou absence d'un trouble mental). Touliatos et Lindholm (1980) ont fait une analyse de régression sans présenter les résultats sur les enfants uniques.

D'autres résultats significatifs pour les symptômes d'hyperactivité sont aussi ressorties. En effet, nous avons trouvé des interactions significatives pour certaines catégories d'âge/sexe montrant que lorsque les mères adoptent une attitude hostile marquée envers les enfants de situation unique, ils présentent plus de symptômes d'hyperactivité que ceux ayant des frères et/ou des sœurs. L'inverse est constaté pour les enfants non uniques. Ils présentent plus de symptômes d'hyperactivité lorsque leur mère utilise peu de comportements hostiles. Selon nous, c'est la première fois que des interactions sont calculées pour les enfants uniques. Plusieurs hypothèses

peuvent être avancées pour expliquer ce résultat. Premièrement, il est possible que les enfants uniques soient plus sensibles à un certain niveau de comportements hostiles de la part de leur mère que les enfants non uniques. De plus, il est possible qu'ils soient exposés à un niveau plus élevé de comportements hostiles de la part de leur père, ce qui est impossible à vérifier car les données de l'ELNEJ donnent l'information pour un seul parent du ménage. Ce résultat est aussi à mettre en lien avec le fait que les parents d'enfants uniques sont peut-être plus flexibles dans leur pratique parentale. Par conséquent, certains enfants sont peut-être plus agités, ce qui les amèneraient à recourir à des comportements hostiles plus souvent. La nature transversale de nos données ne nous permet pas d'accepter ou de rejeter une ou l'autre des hypothèses.

Nos analyses multivariées montrent d'autres résultats significatifs. Chez les filles âgées de 4 à 5 ans, le fait d'être un enfant unique prédit l'augmentation du nombre de symptômes intériorisés. Ce résultat est important car il montre que l'utilisation de ce type de statistiques discriminent mieux que les analyses comparatives bivariées avec lesquelles aucune différence significative n'est ressortie. Une interaction a également été trouvée, indiquant que les filles uniques (de 8 à 9 ans) recevant un niveau élevé de comportements hostiles de la part de leur mère présentent plus de symptômes intériorisés, ce qui va dans le même sens que les données présentées ci-dessus sur l'hyperactivité.

Les données sur l'agressivité directe montrent que le fait d'être une fille avec des frères ou sœurs (âgées de 4 à 9 ans) est associé à une augmentation des symptômes agressifs en comparaison avec les filles uniques du même âge. Les données bivariées confirment aussi cette tendance. Malgré la différence d'âge, ces résultats vont dans le sens de ceux de Tremblay, Jappel, McDuff, Boivin, Zocolillo et Montplaisir (1999) qui ont étudié des enfants beaucoup plus jeunes. Ils ont voulu connaître le nombre d'enfants de leur échantillon âgés de 17 mois ayant démontré au moins un comportement agressif depuis leur naissance. Il ressort que les garçons présentent généralement au moins un comportement agressif qu'ils aient ou non des frères et/ou des sœurs (94% vs 90%) ; quant aux filles, celles de situation unique sont moins nombreuses à avoir fait au moins un comportement agressif (68%) comparativement à celles ayant des frères et/ou des sœurs (91%). Ces résultats suggèrent que le fait de vivre avec des frères et/ou des sœurs constitue un élément pouvant contribuer à la présence de traits agressifs, surtout chez les filles. Les interactions observées révèlent que les garçons non uniques ont plus de symptômes en présence d'un nombre important de comportements hostiles de la mère. Il est possible que les parents doivent recourir à plus de comportements punitifs dans les fratries plus nombreuses afin de faire respecter la discipline (Elder, 1962 ; Sears, Maccoby et Levin, 1957).

Plusieurs auteurs ont déjà mentionné la nécessité de contrôler pour le statut socio-économique des familles. Nous avons donc tenu compte de cette variable dans nos analyses multivariées. Il est associé à certaines difficultés de comportement comme l'hyperactivité et l'agressivité directe; plus le statut socio-économique des familles diminue et plus le nombre de symptômes de ces deux difficultés de comportement augmente. Cependant, les données ne montrent pas d'interaction triple avec le statut d'unicité de l'enfant et les comportements hostiles/interactions positives de la mère.

Rang de naissance, sexe des membres de la fratrie et intervalle intergénéral (2^e article)

Un nombre considérable de recherches ont porté sur le rang de naissance des enfants au cours des dernières décennies. La plupart des auteurs ont cependant fait des erreurs sur le plan méthodologique ; en effet, ils ont souvent regroupé plusieurs rangs en une seule catégorie (Luoma et coll., 1999 ; Matsuura et coll., 1993) plutôt que de comparer *chacun des rangs entre eux*. Cependant, la plus grande limite consiste à avoir comparé des individus de *fratries différentes*, ce qui constitue un problème méthodologique important rarement mentionné dans ce type de littérature (Hornbostel et McCall, 1986). L'idéal, selon nous, est de comparer les enfants d'une *même famille* car le rationnel même des comparaisons est d'appréhender la réalité à l'intérieur des familles. Comme plusieurs l'ont déjà

mentionné auparavant, il existe beaucoup plus de variabilité parmi les individus d'une même fratrie que de fratries différentes (Dunn et Plomin, 1990 ; Plomin et Daniel, 1987 ; Sulloway, 1996).

Le devis unique de l'ELNEJ, de même que la grande taille de son échantillon, a donc permis entre autres de comparer des premiers-nés à des seconds-nés de *mêmes fratries*. Dans un premier temps, les données sur *l'ensemble de l'échantillon* (n= 1196 ménages) montrent des différences significatives pour certaines difficultés de comportement des enfants. Les premiers-nés manifestent plus de symptômes intériorisés comparativement aux seconds-nés, tandis que les seconds-nés présentent plus de symptômes extériorisés, comme l'hyperactivité, l'agressivité et les crimes contre la propriété. Nos résultats *basés sur l'ensemble de l'échantillon* font ressortir une autre lacune présente dans plusieurs recherches dans la littérature. En effet, ces résultats ne tenaient pas compte *du sexe des membres de la fratrie, ni de l'intervalle intergénérisique*. Au cours des dernières années, plusieurs auteurs ont insisté pour qu'on tienne compte de ces variables (Adam, 1972 ; Schooler, 1972 ; Watkins, 1992). *Les résultats de l'ensemble de l'échantillon doivent donc être interprétés avec vigilance puisque des garçons et des filles sont comparés entre eux*. Certains résultats non présentés dans l'article 2 font clairement ressortir des différences importantes selon le sexe, quelle que soit la position dans la fratrie (voir les annexes 1 à 4). Par exemple, dans les fratries mixtes, les filles présentent

plus de symptômes d'agressivité indirecte, tandis que les garçons manifestent plus de symptômes extériorisés. Ce résultat montre que le sexe des enfants est une variable plus importante que le rang de naissance dans ce contexte et milite en faveur de comparaisons avec des fratries composées d'enfants du même sexe.

Nous avons donc comparé uniquement les premiers-nés aux seconds-nés de fratries exclusivement masculines (g-g) et féminines (f-f). On retrouve toujours plus de *symptômes intériorisés* chez les premiers-nés que chez les seconds-nés des deux configurations fraternelles. On constate cependant plus de crimes contre la propriété chez les seconds-nés de fratries masculines seulement. Parmi les fratries féminines, les secondes-nées ont plus de symptômes d'hyperactivité que les premières-nées.

Ces résultats significatifs ne peuvent être comparés avec des données identiques dans la littérature. Nous nous référerons alors aux données épidémiologiques de Luoma et coll. (1999) et de Gates et coll. (1988) qui s'apparentent le plus aux nôtres compte tenu de leur cadre épistémologique de pensée où la variable dépendante est de nature continue. Il est à noter que Luoma et coll. (1999) ont regroupé plusieurs rangs en différentes catégories (ex. « youngest child » et « middle child »). Leurs données, autant chez les garçons que chez les filles, montrent que les aînés présentent des scores intériorisés plus élevés que les enfants intermédiaires et les derniers-

nés, selon la perception des *parents* (ce phénomène n'est pas perçu par *les professeurs*). En ce qui concerne les scores extériorisés, *les parents* perçoivent des différences uniquement entre les premiers-nés et les derniers-nés, mais pas *les professeurs*.

Gates et coll. (1988) montrent plutôt que les premiers-nés de leur échantillon présentent moins de traits dépressifs et anxieux que les enfants d'autres rangs. Ils ont aussi une meilleure estime de soi. Ces données ont été recueillies parmi des enfants âgés de 7 à 12 ans et ce sont les enfants eux-mêmes qui ont répondu aux questionnaires. Ces données diffèrent de celles de l'ELNEJ. De plus, il faut rappeler que les auteurs ont comparé des enfants de fratries différentes.

Nos résultats montrent que les aînés présentent plus de symptômes intériorisés que les seconds-nés. Il est cependant difficile de déterminer si la cause de ce phénomène est l'inexpérience/anxiété des parents ou le détronement vécu par l'enfant à la venue d'un second enfant. L'hypothèse du détronement est en partie exclue compte tenu que deux résultats montrent que les seconds-nés présentent plus de symptômes extériorisés que les premiers-nés.

Nous avons effectué les mêmes calculs en contrôlant pour l'intervalle intergénéral entre les deux naissances. Nos données montrent un peu

plus de différences significatives entre les premiers-nés et les seconds-nés lorsque l'intervalle est long (plus de 2 ans), ce qui indique qu'un intervalle intergénésiq ue long est associé à une présence plus importante de certains symptômes extériorisés chez les seconds-nés de compositions fraternelles spécifiques. Rappelons que nous nous attendions à retrouver des résultats significatifs en présence d'intervalle intergénésiq ue court. Il est aussi très difficile de comparer nos données à d'autres études car, à notre connaissance, il n'existe pas d'autres auteurs ayant tenu compte de cette variable en examinant la santé mentale des enfants.

Nos analyses sur les dimensions de la relation mère-enfant montrent que les mères ont plus d'interactions positives avec leurs seconds-nés qu'avec leurs premiers-nés, confirmant ainsi une autre de nos hypothèses. Ce résultat est valide autant lorsque l'intervalle intergénésiq ue est court ou long. Nos données sur les comportements hostiles et punitifs ne montrent aucune différence significative au niveau statistique. Celles sur les interactions positives semblent indiquer que les mères s'occupent beaucoup plus des jeunes enfants. Il existe cependant peu de recherches pouvant être comparées entre elles ayant contrôlé pour les caractéristiques de la fratrie. Les seules recherches connues à notre connaissance sont celles de Richter et coll. (1997) ayant porté sur des adultes et les recherches de Dunn et Kendrick (1980) et de Stewart (1991) ayant porté sur les relations mère-enfant suite à la naissance d'un second enfant. En général, les résultats de

ces recherches indiquent que les mères ont moins d'interactions positives et utilisent plus de comportements punitifs/hostiles envers les premiers-nés suite à la naissance d'un second enfant.

Il serait intéressant de contrôler pour l'anxiété des parents, un mécanisme important selon certains auteurs, dont on pourrait tenir compte dans de futures analyses. Par exemple, le score de dépression maternelle mesuré avec l'échelle de Radloff (1977) dans l'ELNEJ pourrait servir d'approximation à un niveau d'anxiété. Deux types de recherches seraient alors envisageables. Une première où l'on tiendrait compte uniquement des mères ayant un score « normal » afin d'effectuer des calculs sur un échantillon de femmes émotionnellement équilibrées. Une deuxième possibilité serait de tenir compte du score dépressif de toutes les femmes et de déterminer s'il existe une association entre les comportements maternels, le rang de naissance de l'enfant et les difficultés de comportement des enfants.

En dernier lieu, certaines associations entre les comportements maternels et les difficultés de comportement des premiers-nés et des seconds-nés ont été notées. La méthode d'analyse utilisée ressemble beaucoup à celle utilisée par McHale et coll. (1995) pour évaluer la concordance entre la perception des pères et des mères. Notre technique vise, dans un premier temps, à classer les fratries selon trois catégories : une

première où les mères manifestent plus de comportements hostiles à l'égard des premiers-nés, une seconde où les mères manifestent aux deux enfants le même nombre de comportements hostiles et, une dernière où elles présentent plus de comportements hostiles envers les seconds-nés. Nos données pour les dyades garçon – garçon et fille – fille indiquent que les moyennes des différences des difficultés de comportement des enfants vont dans le sens attendu. En général, les premiers-nés manifestent plus de symptômes de difficultés de comportement lorsqu'ils reçoivent plus de comportement hostiles de la part de leur mère. La même chose est constatée pour les seconds-nés. Nos résultats confirment donc que les enfants les plus à risque dans une fratrie sont ceux ayant le plus d'interactions hostiles avec leur mère. Ces résultats montrent que les cliniciens doivent tenir compte des différences entre les enfants d'une *même fratrie* en ce qui concerne les comportements maternels hostiles. Dans l'ensemble, ces résultats confirment également l'emploi d'un modèle transactionnel afin de mieux situer les données.

Un élément est à souligner pour les symptômes *intériorisés*. Nos données montrent que peu importe quel enfant dans la fratrie reçoit le plus de comportements hostiles de la part de la mère, les premiers-nés présentent plus souvent des symptômes intériorisés. Ce résultat inattendu pourrait s'expliquer de plusieurs façons. Dans un premier temps, il est possible que les premiers-nés aient été élevés par des parents plus anxieux,

utilisant une attitude surprotectrice. Nous mesurerions ainsi un effet qui persisterait depuis longtemps chez ce sous-groupe d'enfants. Comme nous l'avons mentionné plus haut, il est aussi possible que certains aînés subissent plus difficilement la venue d'un nouveau-né en étant plus à risque pour des symptômes intériorisés. Nos données ne peuvent trancher vers une explication plus qu'une autre. Deuxièmement, il est possible que les mères aient plus de difficultés à percevoir des symptômes intériorisés chez leur plus jeune enfant. Elles ont peut-être plus de facilité à détecter ce type de symptômes chez un enfant plus âgés (qu'elles connaissent depuis plus longtemps). Ce résultat mérite toutefois d'être examiné de plus près au cours des prochaines années.

Les mêmes calculs ont été faits en contrôlant pour l'intervalle intergénéral court et long pour les compositions fraternelles garçon – garçon et fille – fille. En général, on retrouve les mêmes résultats. Il est important de rappeler que l'emploi dans nos analyses d'une simple mesure catégorielle (2 ans et moins versus plus de 2 ans) joue peut-être dans ce résultat. L'utilisation d'une mesure continue permettrait de mieux saisir l'effet de cette variable sur les difficultés de comportement des enfants, en utilisant les différences extrêmes des intervalles intergénéral (de 12 à 16 mois versus 72 mois et plus).

Nos données sur les interactions positives de la mère indiquent pour les dyades garçon – garçon une seule différence significative au niveau statistique pour les symptômes d'hyperactivité. Lorsque le nombre d'interactions positives est le même entre les premiers-nés et les seconds-nés, ces derniers manifestent plus de symptômes d'hyperactivité. On constate les mêmes résultats lorsqu'on contrôle pour la longueur des intervalles intergénésiques. En termes concrets, il semble que les plus jeunes soient plus vulnérables lorsqu'ils reçoivent le même nombre d'interactions positives que les aînés. Ils sont peut-être plus sensibles à un certain seuil de comportements maternels. Cette interprétation est toutefois incompatible avec le fait que lorsque les premiers-nés ont plus d'interactions positives avec leur mère, les seconds-nés *ne manifestent pas plus* de symptômes d'hyperactivité. Ce résultat amène donc à nous poser la question à savoir si les items mesurant les comportements maternels positifs peuvent varier selon les différentes catégories d'analyses. De plus, il est possible que les items retenus par les mères dans les symptômes d'hyperactivité varient selon le rang de naissance des enfants. Il serait intéressant dans le futur de tester cette possibilité.

Cette technique d'analyse nous a permis de comprendre que les enfants les plus à risque sont ceux qui reçoivent le plus de comportements hostiles. Les auteurs qui s'intéresseront à cette problématique pourront utiliser cette technique d'analyse qui demande à être raffinée davantage. Le

premier point à tenir compte est de déterminer qui sont les enfants qui ne présentent pas de difficulté même s'ils reçoivent plus que leurs frères et/ou sœurs de comportements hostiles de la part de leur mère, pour tenter de délimiter les facteurs de protection associés. Un deuxième point est de tenter d'insérer dans des analyses prédictives (analyse de régression) les variables de la fratrie telles que le rang de naissance, le sexe des membres de la fratrie et l'intervalle intergénéral. Jusqu'à présent, aucun auteur n'a pu réussir de façon satisfaisante à tenir compte de ces variables dans ce type d'analyse. Touliatos et Lindholm (1980) ont effectué des analyses de régression en combinant le rang de naissance et la taille de la fratrie sans trop de succès. Le troisième et dernier point porte sur le contrôle de l'âge des enfants. Il est important de pouvoir tenir compte de cet aspect car nous avons travaillé avec des enfants âgés de 4 à 11 ans. Pour pouvoir comprendre plus précisément l'effet des variables mentionnées ci-haut, il serait nécessaire de contrôler pour de plus petites tranches d'âges et sur un plus grand éventail d'âge allant jusqu'à la fin de l'adolescence.

Agrégats des difficultés de comportement et des comportements maternels (3^e article)

Peu d'auteurs se sont intéressés aux agrégats de problèmes de santé mentale dans les fratries. Les quelques données sur le sujet montrent qu'au niveau clinique, les enfants inscrits dans les services de pédopsychiatrie ont souvent plusieurs frères et/ou sœurs qui ont déjà été référés (Lecourt, 1970).

D'autres montrent que les enfants inscrits ont des frères et/ou des sœurs ayant des scores élevés de psychopathologie (Hoover et Franz, 1972 ; Deal et MacLean, 1995).

Il existe peu d'informations sur les agrégats de problèmes de santé mentale au niveau épidémiologique (Brent et coll., 1996 ; Bridge et coll., 1997 ; Szatmari, Offord et Boyle, 1993). Les données de notre troisième article tentent donc de répondre à ce questionnement. Comme nous l'avons vu, plusieurs données existent sur les différences individuelles en relation avec certaines caractéristiques de la fratrie. Ce travail vise plutôt à mesurer *un indice de pathologie globale* pour différentes compositions fraternelles en tenant compte de la taille des fratries et du sexe des membres de la fratrie. Nos données ont été calculées pour les fratries de un, deux et trois enfants (14 compositions fraternelles au total). Les garçons uniques présentent plus de symptômes extériorisés (hyperactivité, agressivité et crimes contre la propriété) que les filles uniques. Ce résultat est confirmé par Luoma et coll. (1999) et Tremblay et coll. (1999).

En ce qui concerne les fratries de deux enfants, nos données indiquent que celles constituées uniquement d'enfants de sexe masculin présentent des agrégats de troubles extériorisés (hyperactivité, agressivité directe et crimes contre la propriété) plus élevés que les fratries exclusivement féminines. À ce sujet, les données de Szatmari, Boyle et

Offord (1993) indiquent également des agrégats de troubles des conduites plus fréquents parmi les fratries exclusivement masculines comparativement aux fratries mixtes et féminines. Ces deux résultats confirment donc que les fratries exclusivement masculines sont plus à risque de présenter des agrégats de symptômes extériorisés (voir aussi Wagner, Schubert et Schubert, 1996).

Au départ, nous nous attendions à retrouver des scores intériorisés moyens plus élevés dans les fratries exclusivement féminines, comme les résultats de Szatmari, Boyle et Offord (1993). Cependant, nous n'avons rien trouvé de significatif au niveau statistique pour les symptômes intériorisés. Cette différence peut s'expliquer par deux aspects méthodologiques. Nous avons travaillé avec des variables continues et non catégorielles. De plus, il est important de rappeler que Szatmari, Boyle et Offord (1993) ont travaillé en combinant les données sur les fratries de deux et de trois enfants.

Nos données montrent qu'il n'existe pas d'agrégats de comportements maternels dans les fratries de deux et de trois enfants, à l'inverse de ce que nous avons anticipé. Une fois de plus, nous ne pouvons comparer le résultat de ce travail exploratoire car, à notre connaissance, c'est la première fois qu'un calcul de ce type d'agrégat est effectué.

Un premier examen de la concordance entre les agrégats de difficultés chez les enfants et les agrégats de comportements maternels négatifs selon les configurations fraternelles montrent une certaine concordance pour les difficultés extériorisées. Il y a cependant un peu moins de concordance entre les symptômes intériorisés et les comportements maternels négatifs. On constate en effet des divergences importantes pour certaines compositions fraternelles, c'est-à-dire g, ggg et gff. Une analyse plus poussée sera nécessaire pour mieux comprendre ces premiers résultats.

Certains points mériteraient d'être pris en compte et améliorés. Premièrement, l'intervalle intergénéral devrait être mesuré. La taille considérable de l'échantillon rend cette étape faisable à partir des fratries de deux enfants. Le même calcul pour les fratries de trois enfants mériterait une réflexion importante. Une technique à envisager serait le calcul d'un intervalle moyen (toujours dans l'esprit d'une perspective systémique) parmi les fratries de trois enfants. Un autre point important serait la possibilité de se servir des scores moyens des difficultés de comportement des fratries comme une variable dépendante dans des analyses multivariées (ex. analyse de régression) et d'évaluer l'impact de certaines variables indépendantes comme le score moyen des comportements maternels positifs et négatifs en contrôlant par exemple pour le statut socio-économique des familles.

Les données présentées dans ce manuscrit nous semblent constituer une percée intéressante dans les recherches sur les caractéristiques de la fratrie. Beaucoup de travail reste cependant à faire. Nous avons tenté d'appréhender nos trois sujets de façon innovatrice afin de pallier à des limites rencontrées dans les écrits antérieurs.

Toutes ces nouveautés méthodologiques ont été rendues possible grâce à deux raisons. La première est la taille considérable de l'échantillon de l'ELNEJ. Les analyses de la plupart des recherches antérieures sur la fratrie ont été limitées par la petite taille des échantillons. En deuxième lieu, peu de recherches épidémiologiques ont collecté de l'informations sur plusieurs enfants de la *même fratrie* ; dans l'ELNEJ, les données ont été recueillies sur les quatre premiers enfants des ménages interrogés. À notre connaissance, peu d'auteurs ont travaillé auparavant avec ce type de devis pour diverses raisons, les plus évidentes étant les coûts considérables et le temps nécessaire à la réalisation d'un tel projet. La grande majorité des enquêtes épidémiologiques recensées au cours des dernières décennies ont porté sur un seul enfant par fratrie, limitant ainsi la portée des analyses publiées.

Limites de nos analyses

Malgré ces améliorations, quatre limites sont à noter. **Premièrement**, nous avons travaillé avec des informations recueillies uniquement auprès

d'un seul informateur, soit les *mères*. Ceci constitue une limite importante de notre travail, compte tenu que plusieurs auteurs ont suggéré d'inclure différents informateurs afin de mesurer la psychopathologie chez les enfants, surtout chez ceux âgés de 6 à 11 ans, pour les troubles dépressifs et anxieux (Bergeron et coll., 2000 ; Breton et coll., 1999 ; Valla et Bergeron, 1994). De plus, Rutter (2000) a mentionné que l'utilisation de plusieurs sources d'information est devenue l'un des principaux critères pour juger de la rigueur d'une étude. Malgré cette limite, nous avons décidé de travailler avec les données de l'ELNEJ compte tenu du fait que nous avons de l'information sur plusieurs enfants par famille, ce qui est un avantage unique parmi les enquêtes de ce genre. Il serait possible déjà de comparer la perspective des parents et des professeurs puisque ces derniers ont été interrogés pour les enfants âgés de 10 à 11 ans. Dans le futur, il serait intéressant de travailler avec la perspective des *pères*. Comme nous l'avons souvent mentionné dans cet ouvrage, un seul parent par famille était interrogé dans l'ELNEJ, rendant ainsi impossible la comparabilité.

Deuxièmement, rappelons que toutes les analyses ont été effectuées sur des enfants de *familles intactes*, ce qui limite la portée de nos résultats à ce type de famille. Comme nous l'avons déjà mentionné, il aurait été plus complexe de déterminer correctement la taille de la fratrie ou le rang de naissance des enfants dans un contexte de familles séparées ou recomposées et de les comparer. Dans les pays occidentaux, le taux de

séparation/divorce est tellement important que négliger cette réalité nous en donne un portrait simplifié. Les prochaines recherches sur la fratrie devront alors tenir compte de cet aspect. Deux lignes de pensées sont envisageables. La première vise à tenir compte de tous les enfants des familles recomposées et de leur assigner leur rang exact selon leur âge, même si certains enfants ne se connaissent pas depuis longtemps. Cette première façon de faire dérive de la pensée systémique. La seconde vise à tenir compte du rang de naissance réel de tous les enfants. Par exemple, dans le cas où deux individus adultes qui ont un enfant se remarient, il devient nécessaire de créer des catégories d'analyse pour tenir compte du statut d'unicité des deux enfants. L'aspect du statut matrimonial est aussi très important car plusieurs auteurs ont montré l'effet délétère de vivre dans des familles monoparentales en termes de difficultés extériorisés et intériorisés pour les enfants (Luoma et coll., 1999 ; Valla et coll., 1994).

Troisièmement, il est important de souligner que nous n'avons pas fait d'analyses spécifiques sur l'ethnicité/groupe culturel. Cette variable est importante dans le contexte où le Canada accueille un nombre important d'immigrants depuis plusieurs années. Nous devons tenir compte de cet aspect car les difficultés de comportement des enfants et les attitudes parentales peuvent différer entre les immigrants et les individus du pays hôte. Certaines recherches montrent d'ailleurs que les variables de la fratrie ont un effet différent sur les difficultés de comportement des enfants selon

leur origine ethnique (Calhoun, Conley et Bolton, 1984 ; Rosenblatt et Skooberg, 1974). Rappelons toutefois que les données de l'ELNEJ sur les enfants immigrants seraient à analyser avec prudence compte tenu du fait que le recrutement des sujets s'est fait dans les banlieues la plupart du temps et non dans les grands centres urbains. Il est aussi important de déterminer si des différences existent entre les enfants nés ici et ceux nés ailleurs en tenant compte des variables de la fratrie.

Quatrièmement, la plupart des recherches jusqu'à maintenant ont été de nature transversale. Notre étude ne fait pas exception à cette règle. À notre connaissance, seuls quelques auteurs ont travaillé en tenant compte de la perspective longitudinale (Feehan et coll., 1994). Dans le premier article, notre devis s'apparente à une approche développementale puisque des garçons et des filles de différentes tranches d'âge, dans le premier article, ont été examinés. Comme nous ne mesurons pas les mêmes enfants, cela constitue une approximation de la réalité. Dans le futur, nous pourrions utiliser les données de l'ELNEJ afin de pouvoir évaluer de façon plus précise l'impact de la venue d'un nouvel enfant.

Conclusion

Le but du présent ouvrage était de vérifier la contribution de certaines variables de la fratrie (taille de la fratrie, rang de naissance, sexe des membres de la fratrie et intervalle intergénéral) dans l'explication des difficultés de comportement des enfants en lien avec la relation mère-enfant. Les données multivariées du premier article indiquent que le fait d'être un enfant unique est lié à une augmentation du nombre de symptômes hyperactifs et intériorisés chez les filles et les garçons de certaines catégories d'âge. De plus, nos résultats significatifs sur les interactions montrent clairement la nécessité de vérifier les différents niveaux de comportements maternels négatifs en lien avec la situation d'unicité des enfants. Certains auteurs ont déjà mentionné l'importance d'améliorer la qualité de la relation entre les parents et les enfants uniques. Ces données sont à mettre en lien avec la hausse de l'hyperactivité constatée dans les écoles du Québec. Cette hausse serait-elle due en partie à l'augmentation des enfants uniques dans les familles québécoises ?

Pour le deuxième article, nos données indiquent que les premiers-nés manifestent plus de symptômes intériorisés que les seconds-nés. Ce résultat va dans le sens prédit par certains auteurs. Dans le futur, il serait intéressant de tester la relation entre les comportements surprotecteurs des parents, le niveau d'anxiété des parents et la symptomatologie des enfants selon le rang de naissance. Nos données pointent également vers la nécessité de *comparer des individus du même sexe et de la même fratrie*. De plus, les

résultats indiquent clairement qu'en général, les enfants recevant le plus de comportements hostiles de leur mère manifestent plus de difficultés de comportement. Ce dernier résultat montre l'importance pour les professionnels de première ligne d'investiguer la qualité des comportements maternels et paternels pour chacun des enfants de la fratrie.

Le dernier article montre que les agrégats de difficultés de comportement varient selon les 14 compositions fraternelles retenues. Certaines sont plus à risque comme, la composition fraternelle ggf pour les agrégats de symptômes intériorisés et d'agressivité indirecte. Cette façon de faire permet de saisir le concept de fratrie dans son ensemble, en tant qu'unité d'analyse. Ce type d'approche peut être utile aux cliniciens car elle permet de classer les compositions fraternelles selon un indice de sévérité psychopathologique. Cette approche a aussi permis de calculer des agrégats de comportements maternels négatifs et positifs en fonction des 14 compositions fraternelles et donne de l'information sur les attitudes globales des mères.

Références de l'ensemble de l'ouvrage

- Achenbach, T. M., et Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT : University Associates in Psychiatry.
- Ackerman, P. T., Goolsby, M. Et Paal, N. P. (1988). A test of the immunoreactive theory of selective male affliction. *Journal of Pediatric Psychology* 13: 49-53.
- Adams, B. N. (1972). Birth order : A critical review. *Sociometry* 35: 411-439.
- Adler, A. (1927). Characteristics of first, second and third child. *Child* 3 : 14.
- Adler, A. (1992). *L'enfant difficile*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Alaphilippe, D., Sullerot, S. et Lelasseux, V. (1995). Intelligence, rang dans la fratrie et taille de la fratrie. *Enfance* 16 : 25-36.
- Almodovar, J.-P. (1973). Existe-t-il un "syndrome de l'enfant unique". *La Psychiatrie de l'enfant* 16 : 235-249.
- Altman, D. G. (1998). *Categorising continuous variables*. In Armitage P., Colton T. (Eds.). *Encyclopaedia of biostatistics*. Chichester : Wiley.
- Andrew, J. M. (1976). Delinquency, sex and family variables. *Social Biology* 23: 168-171.
- Aronen, E. (1991). Family and social factors affecting 10- to 11-year-old children's mental development. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 45: 47-51.
- Baillergeon, R., Tremblay, R. et Willms, J. D. (2000). Physical aggression amongst toddlers does it run in families. Manuscrit en préparation.
- Beiser, M., Hou, F. et Hyman, I. (1999). Les enfants d'immigrants ont moins de problèmes de santé mentale que les enfants canadiens. *Bulletin* (édition spéciale sur le développement de l'enfant), Automne, 22-23.
- Bergeron, L., Valla, J.-P., Breton, J.-J., Gaudet, N., Berthiaume, C., Lambert, J., St-Georges, M. et Smolla, N. (2000). Correlates of mental disorders in the Quebec general population of 6 to 14-year olds. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28: 47-62.
- Bergman, L. R. et Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 9: 291-329.

- Bharathi, V. V., Venkatramaiah, S. R. et Venkateswara, S. (1978). *Birth order, family size and anxiety*. *Child Psychiatric Quarterly* 5: 11-17.
- Bird, H. R., Gould, M. S., Yager, T., Staghezza, B. et Canino, G. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 847-850.
- Bossard, J. H. S. et Boll, E. S. (1956). *The large family system*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Boucebci, M. (1996). Rang dans la fratrie et risque psychopathologique : Le syndrome d'ainité. Document non publié.
- Boyle, M. et Lipman, E. (1999). La famille et le quartier ont tous les deux une incidence sur le comportement des enfants *Bulletin* (édition spéciale sur le développement de l'enfant), Automne, 11-13.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A. et Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families : a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of General Psychiatry* 53 : 1145-1152.
- Breton, J.-J. (1999). Complementary development of prevention and mental health promotion programs for Canadian children based on contemporary scientific paradigms. *Canadian Journal of Psychiatry* 44 : 227-233.
- Breton, J.-J. (2000). Communication personnelle.
- Breton, J.-J., Chiniara, G., et Berthiaume, C. (1996). Variables associées aux troubles mentaux et aux symptômes chez les enfants d'âge préscolaire inscrits en pédopsychiatrie. *P.R.I.S.M.E* 6 : 180-196
- Bridge, J. A., Brent, D. A., Johnson, B. A. et Connolly, J. (1997). Familial aggregation of psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 : 628-636.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Brook, D. W. et Gordon, A. S. (1991). Sibling influences on adolescent drug use: older brothers on younger brothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30: 958-968.
- Bruce, W. E. et Sims, J. H. (1974). Birth order among psychotherapists : A see-saw phenomenon. *Psychological Reports* 34 : 215-220.
- Burstin, J. (1966). Dispositions caractérielles et milieu familial dans l'évolution de l'enfant unique. *Psychiatrie de l'enfant* 9 : 397-445.

- Calhoun, G., Connley, S. et Bolton, J. (1984). Comparison of delinquents and nondelinquents in ethnicity, ordinal position, and self-perception. *Journal of Clinical Psychology* 40 : 323-328.
- Chevallier, P. (1988). Population infantile consultant pour des troubles psychologiques. *Population* 3 : 611-638.
- Chombart de Lauwe, M. J. (1959). *Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté*, Paris : Édition du CNRS.
- Cicchetti, D. et Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development* 11: 31-35.
- Clark, L. A., Watson, D. et Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology* 46: 121-153.
- Cohen, J. (1983). The costs of dichotomization. *Applied Psychological Measurement* 7: 249-253.
- Corfield, V. K. (1968). The utilization of guidance clinic facilities in Alberta, 1961. *Alberta Psychologist* 9 : 15-45.
- Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents: mise en perspective critique. *Criminologie* 34: 30-46.
- Côté, G. et Pham, T. H. (2000). État des connaissances sur la psychopathie: mise en perspective critique. In Pham, T. et Côté, G. (Eds.). *Psychopathie: théorie et recherche*. Paris: Éditions du Septentrion.
- Daniel, W. W. (1991). *Biostatistics : A foundation for analysis in the health sciences*. New York : John Wiley and Sons.
- Davis, J. N. (1997). Birth order, sibship size, and status in modern Canada. *Human Nature* 8 : 205-230.
- Deal, S. N. et MacLean, W. E. (1995). Disrupted lives : Siblings of disturbed adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 65 : 274-281.
- Descombey, J. et Roquebrune, G. (1953). L'enfant caractériel parmi ses frères et sœurs. *Enfance* 4 : 329-368.
- Dixon, L. (1997). The next generation : Views of a sibling-psychiatrist-researcher. *American Journal of Orthopsychiatry* 67 : 242-248.

- Doh, H.-S. et Falbo, T. (1999). Social competence, maternal attentiveness, and overprotectiveness : Only children in Korea. *International Journal of Behavioral Development* 23: 149-162.
- Doss, S. H. (1980). A study of maladjustment in relation to birth order. *Journal of Psychological Researches* 24: 156-159.
- Downey, D. B., Braboy Jackson, P. et Powell, B. (1994). Sons versus daughters: Sex composition of children and maternal view on socialization. *The Sociological Quarterly* 35: 35-50.
- Dumas, J. (2000). *L'enfant violent. Le connaître, l'aider, l'aimer*. Paris: Bayard Éditions.
- Dunn, J. Et Kendrick, C. (1980). The arrival of sibling: Changes in patterns of interaction between mother and firstborn child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 21: 119-132.
- Dunn, J. et Plomin, R. (1990). *Separate lives : Why siblings are so different*. New York: Basic Books.
- Elder, G. H. (1962). Structural variations in child rearing relationship. *Sociometry* 25: 241-262.
- Elder, G. H. et Bowerman, C. E. (1963). Family structure and child-rearing patterns : The effects of family size and sex composition. *American Sociological Review* 28 : 891-905.
- Ernst, C. et Angst, J. (1983). *Birth order : Its influence on personality*. Berlin : Springer.
- Everitt, B. S. (2000). Letter to the Editor. *Criminal Behaviour and Mental Health* 10: 205-206.
- Farley, F. H. (1975). Birth order and a two-dimensional assessment of personality. *Journal of Personality Assessment* 39 : 151-153.
- Farrington, D. P. et Loeber, R. (2000). Some benefits of dichotomization in psychiatric and criminological research. *Criminal Behaviour and Mental Health* 10: 100-122.
- Feehan, M., Stanton, W., McGee, R. et Silva, P. A. (1994). A longitudinal study of birth order, help seeking and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology* 33: 143-150.

- Fergusson, D. M. et Horwood, J. (1995). Predictive validity of categorically and dimensionally scored measures of disruptive childhood behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 477-487.
- Fishbein, H. D. (1981). Sibling set configuration and family dysfunction. *Family Process* 20: 311-318.
- Forbes, G. B. (1970). Smoking behavior and birth order. *Psychological Reports* 26: 766.
- Forehand, R., Wierson, M., McCombs, T. A. (1991). The role of family stressors and parents relationships on adolescent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30: 316-322.
- Forer, L. K. (1977). Bibliography of birth order literature in the '70s. *Journal of Individual Psychology* 33 : 122-141.
- Forer, L. K. (1977). The use of birth order information in psychotherapy. *Journal of Individual Psychology* 33 : 105-113.
- Fortes M. (1974). The first born. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 15: 81-104.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Wetzler, H. P et Slusarcick, A. (1989). Birth order, psychological well-being, and social supports in young adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 556-559.
- Furman, W. (1995). *Parenting siblings. In Handbook of parenting Vol 1: Children and parenting*, M. Bornstein (Eds.), Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gagnon, C., Vitaro, F. et Tremblay, R. E. (1992). Parent-teacher agreement on kindergarteners' behavior problems : A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33: 1255-1261.
- Gallagher, G. et Cowen, E. L. (1977). Birth order and school adjustment problems. *Journal of Individual Psychology* 33 : 70-77.
- Gates, L., Rowe Lineberger, M., Crockett, J. et Hubbard, J. (1986). Birth order and its relationship to depression, anxiety, and self-concept test scores in children. *The Journal of Genetic Psychology* 149: 29-34.

- Gimenez, S. R. et Ferreira de Mattos Silveiras, E. (1993). Relação entre ordem de nascimento e frequência de encaminhamento de crianças brasileiras a uma clínica escola de psicologia. *Interamerican Journal of Psychology* 28 : 61-72.
- Greenberg, J. et coll. (1963). Order of births as a determinant of personality and attitudinal characteristics. *Journal of Social Psychology* 60: 221-230.
- Grizenko, N. et Fisher, C. (1992). Review of studies of risk and protective factors for psychopathology. *Canadian Journal of Psychiatry* 37: 711-721.
- Gualtieri, T. et Hicks, R. E. (1985). An immunoreactive theory of selective male affliction. *Behavioral and Brain Sciences* 8: 427-441.
- Haddad, T. (1999). Est-ce que la séparation des enfants influe sur le comportement des enfants? *Bulletin* (édition spéciale sur le développement de l'enfant), Automne, 2-3.
- Hall, G. S. (1907). *Aspects of child life and education*. Boston : Ginn and Co.
- Harper, J. M. et Hoopes, H. H. (1997). Only children. In *Handbook of child and adolescent psychiatry, Vol 4: Varieties of development*. In J. D. Noshpitz (Eds.), New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Havassy-de Avila, B. (1971). A critical review of the approach to birth order research. *Canadian Psychiatric Association Journal* 12 : 282-305.
- Hoover, C. F. et Franz, J. D. (1972). Siblings in the families of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 26 : 334-342.
- Hornbostel, L. K. et McCall, J. N. (1986). Sibling differences in need-achievement associated with birth order, child-spacing, sex, and sibling's sex. *Journal of Individual Psychology* 38: 36-43.
- Hough, E. (1932). Some factors in the etiology of maternal over-protection. *Smith College Studies of Social Work* 2: 188-208.
- Howe, M. G. et Madgett, M. E. (1975). Mental health problems associated with the only child. *Canadian Psychiatric Association Journal* 20 : 189-194.
- Jenkins, J. et Keating, D. (1999). Les relations étroites permettent de réduire la fréquence des troubles comportementaux chez les enfants vulnérables *Bulletin* (édition spéciale sur le développement de l'enfant), Automne, 25-28.

- Jenkins, J. M. et Smith, M. A. (1990). Factors protecting children living in disharmonious homes : Maternal reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 60-69.
- Jensen, P. S., Bloedau, L., Degroot, J., Ussery, T., et Davis, H. (1990). Children at risk : I. Risk factors and child symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 51-59.
- Joesting, J. Et Joesting, R. (1973). Birth order and desired family size. *Journal of Individual Psychology* 29: 34.
- Johnson, B. A., Brent, D. A., Connolly, J., Bridge, J., Matta, J., Constantine, D., Rather, C. et White, T. (1995). Familial aggregation of adolescent personality disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34: 798-804.
- Jones, D. R. et Jones, M. B. (1992). Behavioral contagion in sibships. *Journal of Psychiatric Research* 26: 149-164.
- Jones, M. B., Offord, D. R. et Abrams, N. (1979). Brothers, sisters and antisocial behaviour. *British Journal of Psychiatry* 136: 139-145.
- Joubert, C. E. (1990). Relationship of linking of first names to birth order and loneliness. *Psychological Reports* 66: 1177-1178.
- Kammeyer, K. (1967). Birth order as a research variable. *Social Forces* 46 : 71-80.
- Kemppainen, L., Jokelainen, J., Järvelin, M.-R., Isohanni, M. et Räsänen, P. (2001). The one-child family and violent criminality : A 31-year follow-up study of the Northern Finland 1966 birth cohort. *American Journal of Psychiatry* 158 : 960-962.
- Kendrick, C. et Dunn, J. (1980). Caring for a second baby: Effects on the interaction between mother and firstborn. *Developmental Psychology* 16: 303-311.
- Kidwell, J. S. (1981). Number of siblings, siblings spacing, sex, and birth order : Their effects on perceived parent-adolescent relationships. *Journal of Marriage and the Family* 43: 315-332.
- Kidwell, J. S. (1982). The neglected birth order : Middleborns. *Journal of Marriage and the Family* 44: 225-235.

- Kitamura, T., Sugawara, M., Shima, S. et Toda, MA. (1998). Relationship of order and number of siblings to perceived parental attitudes in childhood. *The Journal of Social Psychology* 138 : 342-350.
- Ko, Y.-h. et Sun, L.c. (1965). Ordinal position and the behaviour of visiting the child guidance clinic. *Acta Psychologica Taiwanica* 7: 1016-1062.
- Kohen, D., Hertzman, C. Et Wiens, M. (1999). Changement de milieu – Nouvelles possibilités ou facteurs de stress supplémentaires? *Bulletin* (édition spéciale sur le développement de l'enfant), Automne, 16-18.
- Kovacs, M. et Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In *Depression in Childhood*, Schulterbrandt, J. C. & Raskin, A. New York : Raven, pp. 1-25.
- Kuotai, T. et Jing-Hwa, C. (1985). The one-child-per-family policy : A psychological perspective. In W.-S. Tseng et D. Y. H. Wu (Eds.), *Chinese culture and mental health*. New York : Academic Press. Inc.
- Kurth, E. et Schmidt, E. (1964). Multidimensional examinations of stuttering children. *Probleme and Ergebnisse der Psychologie* 12: 49-58.
- Lahey, B. B., Hammer, D., Crumrine, P. L. et Forehand, R. L. (1980). Birth order x sex interactions in child behavior problems. *Developmental Psychology* 16: 608-615.
- Lasko, J. K. (1954). Parent behavior toward first and second children. *Genetic Psychology Monographs* 49 : 96-137.
- Laybourn, A. (1990). Only children in Britain : Popular stereotype and research evidence. *Children and Society* 4: 386-400.
- Lecourt, M.-P. (1970). L'enfant soigné en psychiatrie et sa fratrie : Enquête sur la fratrie de 15 enfants traités dans un hôpital de jour du 13^{ème} arrondissement. *La psychiatrie de l'enfant* 20 : 83-124.
- Leonhard, K. (1979). Only children among childhood schizophrenics. *Acta Paedopsychiatrica* 44 : 69-76.
- Lester, D. et Caffery, D. (1989). Birth order, depression and suicide. *Psychological Reports* 64: 18.
- Lester, D., Eleftheriou, L. et Peterson, C. A. (1992). Birth order and psychological health : A sex difference. *Personality and Individual Differences* 13 : 379-380.

- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M. et van Kammen, W. B. (1998). *Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Luoma, I., Puura, K., Tamminen, T., Kaukonen, P., Piha, J., Räsänen, E., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Koivisto, A.-M. et Almqvist, F. (1999). Emotional and behavioural symptoms in 8-9-year-old children in relation to family structure. *European Child and Adolescent Psychiatry* 8: Suppl. 4: S29-S40
- Mackay, J., Bigras, J., Melvyn, C. et Bélair, C. (1968). Analyse statistique et psychodynamique de la population canadienne-française qui consulte en pédopsychiatrie : étude préliminaire. *Canadian Psychiatric Association Journal* 13 : 341-351.
- MacLeod, R. J., McNamee, J. E., Boyle, M. H., Offord, D. R. et Friedrich, M. (1999). Identification of childhood psychiatric disorder by informant : Comparisons of clinic and community samples. *Canadian Journal of Psychiatry* 44 : 144-150.
- Makaremi, A. (1992). Birth order, neuroticism, and psychotism among Iranian children. *Psychological Reports* 71 : 919-922.
- Martin, H. W., Rangel, M. E., Keir Hoppe, S. et Leon, R. L. (1995). Family composition, birth order, and gender of Mexican children in psychological treatment. In R. K. Price, B. M. Shea et H. W. Mookherjee (Eds.), *Social psychiatry across cultures: Studies from North America, Asia, Europe and Africa*. New York: Plenum Press.
- Matsuura, M., Okubo, Y., Kojima, T., Takahashi, R., Wang, Y.-F., Shen, Y.-C. et Lee, C. K. (1993). A cross-national prevalence study of children with emotional and behavioural problems – A WHO collaborative study in the Western Pacific region. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34: 307-315.
- Mauco, G. et Rambaud, P. (1951). Le rang de l'enfant dans la famille. *Revue française de psychanalyse* 15 : 253-260.
- McHale, S. M., Crouter, A. C., McGuire, S. A. et Updegraff, K. A. (1995). Congruence between mothers' and fathers, differential treatment of siblings : Links with family relations and children's well-being. *Child Development* 66 : 116-128.

- Merikangas, K. R. (1987). Genetic epidemiology of psychiatric disorders. In R. E. Hales et A. J. Frances (Eds.), *Psychiatry update : American Psychiatric Association Annual Review*, vol 6. Washington: American Academic Press.
- Miley, C. H. (1969). Birth order research 1963-1967 : Bibliography and index. *Journal of Individual Psychology* 25 : 64-70.
- Miller, I. W., Bishop, D. S., Epstein, N. B. et coll. (1985). The McMaster family assessment device: reability and validity. *Journal of Marriage and Family Therapy* 11: 345-356.
- Million, T. (1991). Classification in psychopathology: rationale, alternatives, and standards. *Journal of Abnormal Psychology* 100: 245-261.
- Montigny, G. (1994). L'enquête longitudinale nationale sur les enfants. *Cahiers québécois de démographie* 23 : 121-133.
- Munroe, R. H. et Munroe, R. L. (1984). Birth order and intellectual performance in three East African societies. *The Journal of Social Psychology* 123: 273-274.
- Nye, I., Carlson, J. et Garrett, G. (1970). Family size, interaction, affection and stress. *Journal of Marriage and the Family* 32: 216-226.
- Offord, D. R. (1995). Child psychiatric epidemiology: Current status and future prospects. *Canadian Journal of Psychiatry* 40: 284-288.
- Offord, D. R. et Fleming, J. E. (1991). Epidemiology. In M. Lewis (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., Schlesinger, H. J. et Cohen, J. (1993). The effect of insurance benefit changes on use of child and adolescent outpatient mental health services. *Medical Care* 31: 96-110.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. et Dishion, T. J. (1992). *A social interactional approach. Vol IV. Antisocial boys*. Eugene (OR): Castalia Press.
- Pepler, B. et Sedighdeilami, F. (1999). L'agressivité chez les filles constitue également un problème. *Bulletin* (édition spéciale sur le développement de l'enfant), Automne, 20-22.
- Peskin, H., Giora, Z. et Kaffman, M. (1974). Birth order in child-psychiatric referrals and Kibbutz family structure. *Journal of Marriage and the Family* 36: 615-618.

- Pett, M. A. (1997). *Nonparametric statistics for health care research: Statistics for small samples and unusual distributions*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Piacentini, J. C. et Lahey, B. B. Birth-order and sex differences in the frequency of referral of children for psychological treatment: A partial replication and extension. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 8: 157-167.
- Plomin, R. et Daniels, D. (1987). Why are children in the same family so different from one another? *Behavior and Brain Sciences* 10: 1-16.
- Polit, D. F. et Falbo, T. (1987). Only children and personality development : A quantitative review. *Journal of Marriage and the Family* 49: 309-325.
- Pressat, R. (1979). *Dictionnaire de démographie*. Paris : Presses universitaires de France.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-reported depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1 : 385-401.
- Rende, R. et Weissman, M. M. (1999). Sibling aggregation for psychopathology in offspring of opiate addicts : Effects of parental comorbidity. *Journal of Clinical Child Psychology* 28 : 342-348.
- Richards, H. et Goodman, R. (1996). Are only children different? A study of child psychiatric referrals. A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37: 753-757.
- Richter, J., Richter, G., Eisemann, M. Et Mau, R. (1997). Sibship size, sibship position, parental rearing and psychopathological manifestations in adults : Preliminary results. *Psychopathology* 30: 155-162.
- Rosenberg, B. G. et Shibley Hyde, J. (1993). The only child : Is there only one kind of only ? *The Journal of Genetic Psychology* 154: 269-282.
- Rosenblatt, P. C. et Skooberg, E. L. (1974). Birth order in cross-cultural perspective. *Developmental Psychology* 10 : 48-54.
- Ross, D., Roberts, P. et Scott, K. (1999). Les enfants de familles monoparentales – Pourquoi la plupart d’entre eux s’en tirent-ils alors que d’autres éprouvent des problèmes? *Bulletin* (édition spéciale sur le développement de l’enfant), Automne, 3-5.

- Rutter, M. (2000). Psychosocial influences: critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology* 12: 375-405.
- Rutter, M. et Cox, A. (1985). Other family influences. In M. Rutter et L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry modern approaches*. Second edition. Blackwell Scientific Publications.
- Rutter, M. et Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Guilford Press.
- Rutter, M. et Madge, N. (1976). *Cycles of disadvantages*. London: Heinemann.
- Rutter, M. et Quinton, D. (1977). Psychiatric disorder – ecological factors and of causation. In H. McGurk (Eds.), *Ecological factors in human development*, p. 173-187.
- Rutter, M., Macdonald, H., Le Couteur, A., Harrington, R., Bolton, P. et Bailey, A. (1990). *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31 : 39-83.
- Rutter, M., Tizard, J. et Whitmore, K. (1970). *Education, Health and behaviour*. London : Longman.
- Ryan, B. et Adams, G. (1999). Quelles caractéristiques familiales ont le plus d'incidence sur le taux de réussite scolaire des enfants? *Bulletin* (édition spéciale sur le développement de l'enfant), Automne, 5-8.
- Sameroff, A. J. et Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz et coll. (Eds.). *Review of child development research* (Vol. 4). Chicago: Chicago University Press, pp. 187-244.
- Saucier, J.-F. (1989). The impact of a high girl/boy ratio on parents and children belonging to legally intact families : A preliminary hypothesis. 9^{ème} rencontre annuelle de l'Académie canadienne de pédopsychiatrie, 18 septembre, St-Jean, Terre-Neuve.
- Sawyer, M., Baghurst, P. et Mathias, J. (1992). Differences between informant's reports describing emotional and behavioural problems in community and clinic referred children : A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33 : 441-449.

- Scerbo, A. S. et Kolko, D. J. (1995). Child physical abuse and aggression : Preliminary findings on the role of internalizing problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 : 1060-1066.
- Schierbeek, M. L. Et Newlon, B. J. (1990). Substance abuse and attempted suicide : The role of perceived birth position in adolescents. *Individual Psychology* 46 : 358-364.
- Schooler, C. (1972). Birth order effects : Not here, not now. *Psychological Bulletin* 78 : 161-175.
- Schvaneveldt, J. D. et Ihinger, M. (1979). Sibling relationships in the family. In *Contemporary theories about the family*. Burr, W. R., Hill, R., Nye, F. I. & Reiss, I. L. New York : The Free Press.
- Sears, R. R., Maccoby, E. E. et Levin, H. (1957). *Patterns of child rearing*. Evanston (IL): Row & Peterson.
- Sharma, P. (1982). Patterns of psychological problems and birth order : A longitudinal study. *Child Psychiatry Quarterly* 10 : 61-68.
- Shepherd, M. Oppenheim, B. et Mitchell, S. (1971). *Childhood behavior and mental health*. New York : Grune & Stratton.
- Shrader, W. K. et Leventhal, T. (1968). Birth order of children and parental report of problems. *Child Development* 39: 1165-1175.
- Sroufe, L. A. et Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 55: 1184-1199.
- Siegel, M. (1951). *Personality structure of children with reading disabilities versus children with other clinical problems*. Unpublished doctoral dissertation, New York University.
- Sivadon, P. et Lévy-Klein, (1950). Maturation affective et troubles mentaux : rôle fragilisant des situations de fils unique et de petits derniers. *Annales médico-psychologiques* 108 : 644-649.
- Siva Sankar, D. V. et Chuda, R. (1976). Birth order and family size in child mental health. *Research Communication in Psychology, Psychiatry and Behavior* 4: 511-522.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (1998). Categorical models of childhood disorder: A conceptual an empirical analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39: 115-133.

- Statistics Canada (1997). *National Longitudinal Survey of Children and Youth: Handbook and Microdata Guide*. Special Surveys Division, Cycle 1, Release 2, Ottawa (Canada).
- Stewart, R. B. (1991). *The second child: Family transition and adjustment*. Newbury Park (CA): SAGE Publications.
- Stewart, A. E. Et Stewart, E. A. (1995). Trends in birth-order research : 1976-1993. *Individual Psychology* 51: 21-36.
- Stewart, R. B., Mobley, L. A., Van Tuyl, S. S., et Salvador, M. A. (1987). The firstborn's adjustment to the birth of a sibling : A longitudinal assessment. *Child Development* 58: 341-355.
- Stoker, C. M. (1995). Difference in mothers' and fathers' relationships with siblings: Links with children's behavior problems. *Development and Psychopathology* 7: 499-513.
- Stoker, D. H. (1963). *A comparison of the symptomatic behavior of Spanish-American and Anglo-American hospital patients*. Thèse non publiée. Université de l'Arizona.
- Strayhorn, J. M. Et Weidman, C. S. (1988). A parent practices scale and its relation to parent and child mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27: 613-618.
- Sulloway, F. J. (1996). *Born to rebel: Birth order, family dynamics, and creative lives*. New York: Pantheon Books.
- Sutton-Smith B. et Rosenberg, B. G. (1970). *The siblings*. New York : Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Szatmari, P., Boyle, M. H. et Offord, D. R. (1993). Familial aggregation of emotional and behavioral problems of childhood in the general population. *American Journal of Psychiatry* 150: 1398-1403.
- Tao, K. T. (1998). An overview of only child family mental health in China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52 Suppl: S206-S211.
- Thomasgard, M., Metz, W. P., Edelbrock, C. Et Shonkoff, J. P. (1995). Parent-child relationship disorders. Part I. Parental overprotection and the development of the Parent Protection Scale. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 16: 244-250.

- Thomasgard, M. et Metz, P. (1997). Parental overprotection and its relation to perceived child vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry* 67: 330-335.
- Touliatos, J. et Lindholm, B. W. (1980). Birth order, family size, and children's mental health. *Psychological Reports* 46 : 1097-1098.
- Tremblay, R. E., Jappel, C., McDuff, P., Boivin, M., Zocolillo, M. et Montplaisir, J. (1999). The search for the age of « onset » of physical aggression : Rousseau and Bandura revisited. *Criminal Behavior and Mental Health* 9: 8-23.
- Tseng, W.-S., Kuotai, T., Hsu, J., Jinghua, C., Lian, Y. Et Kameoka, V. (1988). Family planning and child mental health in China: The Nanjing survey. *American Journal of Psychiatry* 145: 1396-1403.
- Tuckman, J. et Regan, R. A. (1967). Size of family and behavioral problems in children. *The Journal of Genetic Psychology* 111: 151-160.
- Valla, J.-P., Breton, J.-J., Bergeron, L. M., Gaudet, N., Berthiaume, C., St-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L., et Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, 1992. Rapport de synthèse*. Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé Québec.
- Velez, C. N., Johnson, J. et Cohen P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28 : 861-864.
- Verhulst, F. C. et van der Ende, J. (1997). Factors associated with the child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 901-909.
- Villeneuve, C. et Toharia, A. (1997). *La thérapie familiale apprivoisée*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Vockell, E. L., Felker, D. W. et Miley, C. H. (1973). Birth order literature 1967-1971 : Bibliography and index. *Journal of Individual Psychology* 29 : 39-53.
- Wade, T. J., Pevalin, D. J. et Brannigan, A. (1999). The clustering of severe behavioural, health and educational deficits in Canadian children : Preliminary evidence from the National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Canadian Journal of Public Health* 90: 253-259.

- Wagner, M. E. et Schubert, H. J. P. (1996). Sex-of-sibling effects : A review. Part II. Personality and mental and physical health. *Advances in Child Development and Behavior* 26: 139-179.
- Wagner, M. E., Schubert, J. P. Et Schubert, D. S. P. (1979). Sibship-constellation effects on psychosocial development, creativity, and health. *Advances in Child Development and Behavior* 14: 57-148.
- Wang, D., Kato, N., Inaba, Y., Tango, T., Yoshida, Y., Kusaka, Y., Deguchi, Y., Tomita, F. et Zhang, Q. (2000). Physical and personality traits of preschool children in Fuzhou, China: Only child vs sibling. *Child: Care, Health and Development* 26: 49-60.
- Wang, F.-F., Oakland, T. et Liu, D.-H. (1992). Behavior problems exhibited by Chinese children from single- and multiple-child families. *School Psychology International* 13: 313-321.
- Watkins, C. E. (1992). Birth-order research and Adler's theory : A critical review. *Individual Psychology* 48 : 357-368.
- Willms, J. D. et Shields, M. (1996). *A measure of socioeconomic status for the National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Report for the Special Surveys Division, Ottawa (Canada).
- Wynne, L. C. et Singer, M. T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics : A research strategy. *Archives of General Psychiatry* 9 : 191-198.
- Xin, R., Kang Chen, S., Qin Tang, H., Feng Lin, X. Et McConville, B. J. (1992). Behavioural problems among preschool age children in Shanghai: Analysis of 3000 cases. *Canadian Journal of Psychiatry* 37: 250-258.
- Yang, B., Ollendick, T. H., Dong, Q., Xia, Y. et Lin, L. (1995). Only children and children with siblings in the people's Republic of China : Levels of fear, anxiety, and depression. *Child Development* 66 : 1301-1311.
- Zahner, G. E. P. et Daskalakis, C. (1997). Factors associated with mental health, general health, and school-based service use for child psychopathology. *American Journal of Public Health* 87: 1440-1448.
- Zajonc, R. B. (1976). Family configuration and intelligence : Variations in scholastic aptitude scores parallel trends in family size and the spacing of children. *Science* 192 : 227-236.

Zajonc, R. et Markus, G. B. (1975). Birth order and intellectual development. *Psychological Review* 82 : 74-88.

Zussman, J. U. (1978). Relationship of demographic factors to parental discipline techniques. *Developmental Psychology* 14 : 685-686.

Annexes

Annexe 1. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés masculins* et les *seconds-nés féminins* espacés de 2 ans et moins.

Difficultés de comportement	Fratries composées d'un garçon et d'une fille (n= 162 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	4.55	3.55	3.80	3.24	2.15++
Trouble intériorisé	2.73	2.39	1.86	2.29	3.84****
Agression directe	1.54	1.99	1.28	1.88	1.45
Agression indirecte	1.03	1.52	1.48	1.94	-2.99***
Crimes contre la propriété	0.86	1.15	0.73	1.11	1.31

Relation mère-enfant	Fratries composées d'un garçon et d'une fille (n= 162 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	13.03	2.73	13.71	2.84	-4.17****
Comportements hostiles	9.27	3.67	8.73	3.65	1.86+
Comportements punitifs	8.91	1.90	8.81	1.91	0.84

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Annexe 2. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés masculins* et les *seconds-nés féminins* espacés de 2 ans et plus.

Difficultés de comportement	Fratries composées d'un garçon et d'une fille (n= 164 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	4.62	3.61	3.84	3.08	2.36++
Trouble intériorisé	3.04	2.82	1.91	1.99	4.87****
Agression directe	1.35	1.69	1.14	1.64	1.44
Agression indirecte	1.23	1.67	1.37	1.76	-0.96
Crimes contre la propriété	0.77	0.99	0.77	1.18	0.06

Relation mère-enfant	Fratries composées d'un garçon et d'une fille (n= 164 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Interactions positives	12.23	2.98	13.47	3.06	-6.43****
Comportements hostiles	9.60	3.91	8.47	3.56	4.02****
Comportements punitifs	8.94	2.04	8.57	2.17	3.02***

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Annexe 3. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés féminins* et les *seconds-nés masculins* espacés de 2 ans et moins.

Difficultés de comportement	Fratries composées d'une fille et d'un garçon (n= 158 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	3.24	3.02	5.53	3.76	-6.49****
Trouble intériorisé	2.85	2.37	1.91	2.11	4.74****
Agression directe	1.06	1.42	1.58	1.86	-3.36****
Agression indirecte	1.26	1.68	0.80	1.43	3.53****
Crimes contre la propriété	0.43	0.74	1.02	1.34	-5.52****

Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	12.41	2.62	13.15	2.84
Comportements hostiles	8.77	3.45	9.39	3.66	-2.08++
Comportements punitifs	9.00	1.85	9.11	1.83	-0.90

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Annexe 4. Moyennes et écarts type des difficultés de comportement des enfants et des dimensions de la relation mère-enfant chez les *premiers-nés féminins* et les *seconds-nés masculins* espacés de 2 ans et plus.

Difficultés de comportement	Fratries composées d'une fille et d'un garçon (n= 164 familles)				
	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
Hyperactivité	3.23	2.92	5.62	3.66	-7.24****
Trouble intériorisé	2.90	2.71	1.73	2.19	5.42****
Agression directe	0.80	1.17	1.60	1.89	-5.61****
Agression indirecte	1.30	1.57	0.88	1.46	3.59****
Crimes contre la propriété	0.50	0.79	1.07	1.26	-5.58****

Relation mère-enfant	Premier enfant		Second enfant		Valeur de t
	Moyennes	Écarts type	Moyennes	Écarts type	
	Interactions positives	12.17	2.79	13.54	3.21
Comportements hostiles	8.32	3.95	9.07	3.69	-2.64***
Comportements punitifs	8.87	1.92	8.84	1.92	0.19

+ p ≤ .10; ++ p ≤ .05; *** p ≤ .01; **** p ≤ .001

Annexe 5. Corrélations entre les six facteurs chez les filles âgées de 4 à 5 ans.

	Enfants uniques (n= 102)					
	Hyperactivité	Comportement prosocial	Trouble émotif	Agression physique	Agression indirecte	Atteinte à la propriété
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial		•				
Trouble émotif	.456**		•			
Agression physique	.473**		.393**	•		
Agression indirecte	.278**	.207*	.307**		•	
Atteinte à la Propriété	.526**		.227*	.344**		•
	Enfants non-uniques (n= 1182)					
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial		•				
Trouble émotif	.389**		•			
Agression physique	.384**	-.130*	.323**	•		
Agression indirecte	.183**		.221**	.375**	•	
Atteinte à la Propriété	.400**	-.070*	.298**	.506**	.246**	•

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Annexe 6. Corrélations entre les six facteurs chez les filles âgées de 6 à 7 ans.

	Enfants uniques (n= 89)					
	Hyperactivité	Comportement prosocial	Trouble émotif	Agression physique	Agression indirecte	Atteinte à la propriété
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial		•				
Trouble émotif	.428**		•			
Agression physique	.353**		.326**	•		
Agression indirecte	.351**			.484**	•	
Atteinte à la propriété	.372**			.455**	.273**	•
	Enfants non-uniques (n= 1076)					
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.129**	•				
Trouble émotif	.383**		•			
Agression physique	.371**	-.121*	.361**	•		
Agression indirecte	.331**		.295**	.470**	•	
Atteinte à la propriété	.368**	-.089*	.305**	.518**	.385**	•

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Annexe 7. Corrélations entre les six facteurs chez les filles âgées de 8 à 9 ans.

	Enfants uniques (n= 78)					
	Hyperactivité	Comportement prosocial	Trouble émotif	Agression physique	Agression indirecte	Atteinte à la propriété
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial		•				
Trouble émotif	.350**		•			
Agression physique	.423**	-.323**	.357**	•		
Agression indirecte	.325**		.446**	.562**	•	
Atteinte à la propriété	.443**		.262*	.557**	.298**	•
	Enfants non-uniques (n= 1038)					
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.093*	•				
Trouble émotif	.424**		•			
Agression physique	.354**	-.191**	.361**	•		
Agression indirecte	.277**	-.088**	.269**	.427**	•	
Atteinte à la propriété	.342**	-.113**	.362**	.512**	.364**	•

* p ≤ .05; ** p ≤ .01

Annexe 8. Corrélations entre les six facteurs chez les filles âgées de 10 à 11 ans.

	Enfants uniques (n= 85)					
	Hyperactivité	Comportement prosocial	Trouble émotif	Agression physique	Agression indirecte	Atteinte à la propriété
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial		•				
Trouble émotif	.429**		•			
Agression physique	.339**		.421**	•		
Agression indirecte			.232*	.377**	•	
Atteinte à la propriété	.418**		.237*	.452**		•
	Enfants non-uniques (n= 988)					
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.122**	•				
Trouble émotif	.374**		•			
Agression physique	.377**	-.222**	.417**	•		
Agression indirecte	.336**	-.179**	.304**	.450**	•	
Atteinte à la propriété	.382**	-.132**	.303**	.444**	.412**	•

* p ≤ .05; ** p ≤ .01

Annexe 9. Corrélations entre les six facteurs chez les garçons âgés de 4 à 5 ans.

Enfants uniques (n= 111)						
	Hyperactivité	Comportement prosocial	Trouble émotif	Agression physique	Agression indirecte	Atteinte à la propriété
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial		•				
Trouble émotif	.414**		•			
Agression physique	.355**		.239*	•		
Agression indirecte	.191*		.199*	.238*	•	
Atteinte à la propriété	.334**		.411**	.351**	.191*	•
Enfants non-uniques (n= 1195)						
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.088**	•				
Trouble émotif	.393**		•			
Agression physique	.468**	-.120*	.400**	•		
Agression indirecte	.225**		.208**	.358**	•	
Atteinte à la propriété	.454**	-.101*	.321**	.527**	.277**	•

* p ≤ .05; ** p ≤ .01

Annexe 10. Corrélations entre les six facteurs chez les garçons âgés de 6 à 7 ans.

Enfants uniques (n= 83)						
	Hyperactivité	Comportement prosocial	Trouble émotif	Agression physique	Agression indirecte	Atteinte à la propriété
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial		•				
Trouble émotif	.511**		•			
Agression physique	.631**		.437**	•		
Agression indirecte	.235*	-.317**	.378**	.416**	•	
Atteinte à la propriété	.518**		.441*	.568**	.422**	•
Enfants non-uniques (n= 1100)						
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.117**	•				
Trouble émotif	.457**	-.062*	•			
Agression physique	.436**	-.192**	.427**	•		
Agression indirecte	.314**	-.120**	.293**	.439**	•	
Atteinte à la propriété	.449**	-.178**	.367**	.508**	.362**	•

* p ≤ .05; ** p ≤ .01

Annexe 11. Corrélations entre les six facteurs chez les filles âgées de 8 à 9 ans.

	Enfants uniques (n= 84)					
	Hyperactivité	Comportement prosocial	Trouble émotif	Agression physique	Agression indirecte	Atteinte à la propriété
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.265*	•				
Trouble émotif	.515**		•			
Agression physique	.547**	-.281**	.359**	•		
Agression indirecte		-.283**		.319**	•	
Atteinte à la propriété	.410**		.319*	.367**	.329**	•
	Enfants non-uniques (n= 1043)					
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.144**	•				
Trouble émotif	.460**	-.073*	•			
Agression physique	.435**	-.195**	.436**	•		
Agression indirecte	.287**	-.122**	.289**	.489**	•	
Atteinte à la propriété	.410**	-.181**	.337**	.521**	.397**	•

* p ≤ .05; ** p ≤ .01

Annexe 12. Corrélations entre les six facteurs chez les garçons âgés de 10 à 11 ans.

	Enfants uniques (n= 102)					
	Hyperactivité	Comportement prosocial	Trouble émotif	Agression physique	Agression indirecte	Atteinte à la propriété
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.290**	•				
Trouble émotif	.590**		•			
Agression physique	.525**	-.285**	.474**	•		
Agression indirecte	.516**	-.217*	.484**	.570**	•	
Atteinte à la propriété	.472**	-.346**	.451*	.774**	.563**	•
	Enfants non-uniques (n= 996)					
Hyperactivité	•					
Comportement prosocial	-.093**	•				
Trouble émotif	.490**	-.083**	•			
Agression physique	.430**	-.222**	.394**	•		
Agression indirecte	.327**		.307**	.420**	•	
Atteinte à la propriété	.444**	-.179**	.357**	.504**	.399**	•

* p ≤ .05; ** p ≤ .01

Annexe 13. Comparaison des résultats des tests paramétriques de t et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney chez les filles âgées de 4 à 5 ans.

Difficultés de comportement	Tests de t		Test de Mann-Whitney		Concordance
	Valeur t	p	Valeur z	p	
Hyperactivité	-0.14	•	-0.10	•	Oui
Troubles émotifs	0.81	•	-0.96	•	Oui
Agression physique	-3.02	≤ .01	-3.49	≤ .001	Oui
Agression indirecte	-0.14	•	-0.07	•	Oui
Atteinte à la propriété	-2.09	≤ .05	-1.08	•	Non

Annexe 14. Comparaison des résultats des tests paramétriques de t et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney chez les filles âgées de 6 à 7 ans.

Difficultés de Comportement	Tests de t		Test de Mann-Whitney		Concordance
	Valeur t	p	Valeur z	p	
Hyperactivité	1.94	≤ .05	-1.81	•	Non
Troubles émotifs	-0.28	•	-3.48	•	Oui
Agression physique	-4.09	≤ .001	-3.57	≤ .001	Oui
Agression indirecte	-1.79	•	-1.09	•	Oui
Atteinte à la propriété	0.70	•	-0.52	•	Oui

Annexe 15. Comparaison des résultats des tests paramétriques de t et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney chez les filles âgées de 8 à 9 ans.

Difficultés de comportement	Tests de t		Test de Mann-Whitney		Concordance
	Valeur t	p	Valeur z	p	
Hyperactivité	1.34	•	-1.20	•	Oui
Troubles émotifs	1.30	•	-1.31	•	Oui
Agression physique	-3.40	≤ .001	-3.31	≤ .001	Oui
Agression indirecte	-1.40	•	-0.81	•	Oui
Atteinte à la propriété	-0.61	•	-0.64	•	Oui

Annexe 16. Comparaison des résultats des tests paramétriques de t et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney chez les filles âgées de 10 à 11 ans.

Difficultés de comportements	Tests de t		Test de Mann-Whitney		Concordance
	Valeur t	p	Valeur z	p	
Hyperactivité	1.04	•	-0.74	•	Oui
Troubles émotifs	-0.67	•	-0.48	•	Oui
Agression physique	-3.49	≤ .001	-3.22	≤ .001	Oui
Agression indirecte	-0.43	•	-0.15	•	Oui
Atteinte à la propriété	-2.67	≤ .01	-1.51	•	Non

Annexe 17. Comparaison des résultats des tests paramétriques de t et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney chez les garçons âgés de 4 à 5 ans.

Difficultés de comportement	Tests de t		Test de Mann-Whitney		Concordance
	Valeur t	p	Valeur z	p	
Hyperactivité	2.01	≤ .05	-2.05	≤ .05	Oui
Troubles émotifs	1.23	•	-1.98	≤ .05	Non
Agression physique	-2.12	≤ .05	-2.37	≤ .05	Oui
Agression indirecte	-1.08	•	-1.32	•	Oui
Atteinte à la propriété	-1.71	•	-0.36	•	Oui

Annexe 18. Comparaison des résultats des tests paramétriques de t et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney chez les garçons âgés de 6 à 7 ans.

Difficultés de comportement	Tests de t		Test de Mann-Whitney		Concordance
	Valeur t	p	Valeur z	p	
Hyperactivité	1.53	•	-1.16	•	Oui
Troubles émotifs	-0.42	•	-0.42	•	Oui
Agression physique	-0.31	•	-0.93	•	Oui
Agression indirecte	-0.70	•	-0.50	•	Oui
Atteinte à la propriété	-1.10	•	-0.30	•	Oui

Annexe 19. Comparaison des résultats des tests paramétriques de t et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney chez les garçons âgés de 8 à 9 ans.

Difficultés de comportement	Tests de t		Test de Mann-Whitney		Concordance
	Valeur t	p	Valeur z	p	
Hyperactivité	1.79	•	-2.16	$\leq .05$	Non
Troubles émotifs	0.12	•	-0.89	•	Oui
Agression physique	-2.67	$\leq .01$	-2.26	$\leq .05$	Oui
Agression indirecte	-0.41	•	-0.83	•	Oui
Atteinte à la propriété	-1.54	•	-0.10	•	Oui

Annexe 20. Comparaison des résultats des tests paramétriques de t et des tests non-paramétriques de Mann-Whitney chez les garçons âgés de 10 à 11 ans.

Difficultés de comportement	Tests de t		Test de Mann-Whitney		Concordance
	Valeur t	p	Valeur z	p	
Hyperactivité	1.73	•	-1.49	•	Oui
Troubles émotifs	0.20	•	-0.20	•	Oui
Agression physique	-1.41	•	-2.08	$\leq .05$	Non
Agression indirecte	0.48	•	-0.15	•	Oui
Atteinte à la propriété	0.32	•	-0.32	•	Oui

