

Suivi longitudinal de profils d'adaptation en santé mentale chez des élèves de niveau primaire

Suzanne Dugré

Marcel Trudel

L'objectif de cette étude consiste à dégager une typologie longitudinale, à court et long termes, des trajectoires d'adaptation en santé mentale à partir de l'auto-évaluation d'enfants de niveau primaire. La méthodologie retenue utilise l'analyse de regroupements hiérarchiques pour identifier des sous-groupes d'enfants à partir d'une population générale. Peu d'études empiriques ont été menées pour développer et appliquer les méthodes statistiques centrées sur la personne, en complémentarité avec les approches traditionnelles, dans le but de mieux comprendre les processus développementaux en termes de patrons d'adaptation (Magnusson, 1998). Les résultats obtenus diffèrent en fonction du type de stabilité observée mais ils confirment l'importance de la continuité comportementale en dépit des variations individuelles. Ils ont permis d'identifier certains profils qui semblent être précurseurs de troubles ultérieurs tout en éclairant la notion de continuité/discontinuité.

Mots clés: élèves à risque, primaire, adaptation sociale, étude longitudinale

The objective of this study was to determine the short- and long-term trajectories of school-aged children's self-reported mental health adjustment. The person-oriented approach employed in this study combined traditional statistical methods with hierarchical cluster analyses to identify subgroups of children from an unselected population and follow-up their adjustment across time. Results suggest that profiles may vary as a function of the kind of stability observed, and point to the importance of understanding developmental trajectories in predicting maladaptive risk.

Keywords: students at risk, elementary school, social adaptation, longitudinal study

INTRODUCTION

Les études longitudinales actuelles démontrent que la plupart des troubles qui débutent pendant l'enfance ont des répercussions majeures et prolongées sur le fonctionnement de l'enfant ainsi qu'un impact négatif sur les relations familiales et sociales qui peuvent persister, même si une partie des difficultés observées dans l'enfance sont disparues (Harrington, 1997). Malgré cet état de fait, les évidences empiriques qui permettraient de répondre à des

questions de base sur le développement et le pronostic de la pathologie chez l'enfant reste limitées (Visser, van der Ende, Koot et Verhulst, 1999) et les prédictions comportementales en restent souvent au niveau de probabilités (Cairns et Rodkin, 1998).

Certains enfants à risque développeront des symptômes de détresse psychologique, d'autres des problèmes de conduite ou d'agression alors qu'un certain nombre d'entre eux s'en sortiront indemnes (Steinberg et Avenevoli, 2000). Les études longitudinales permettent de mieux appréhender les processus sous-jacents reliés à la résilience ou à la persistance d'une adaptation problématique.

Intérêt des études longitudinales

L'état des connaissances en psychopathologie développementale a rapidement évolué depuis les dernières années et continue de le faire en grande partie grâce aux études longitudinales sur la santé mentale menées dans divers pays (Egeland, Pianta et Ogawa, 1996). Les résultats de ces études indiquent que la continuité comportementale n'est pas une simple illusion (Tremblay, Masse, Perron et LeBlanc, 1992) et, en dépit de la variabilité intraindividuelle et des contingences environnementales, les études prospectives commencent à acquérir une certaine légitimité scientifique (Cairns et al., 1998).

Les études longitudinales dressent un portrait beaucoup plus riche et plus complexe des difficultés qui entravent le développement de nombreux enfants qu'un bilan diagnostique peut le faire pour tenter d'élucider si ce comportement persiste après la période qui a provoqué certaines réactions d'adaptation. Elles permettent de tracer la trajectoire développementale de l'enfant et de déterminer si elle diffère de celle d'enfants sans difficultés. Elle aide à identifier quels désordres semblent être précurseurs de troubles ultérieurs tout en éclairant la notion de continuité/discontinuité. Chez l'enfant, un fonctionnement problématique doit être compris dans le contexte d'un processus développemental c'est-à-dire qu'un même comportement peut être approprié dans le développement à un âge donné et indiquer un dysfonctionnement à une autre période. La psychopathologie est vue comme une déviation développementale qui perdure dans le temps (Wakefield, 1997) et serait considérée comme un désordre seulement si elle prédit un désordre ultérieur. Cette continuité est l'objet principal des études longitudinales puisque, quand le même enfant est évalué à différentes reprises, au moyen d'instruments comparables, il devient possible de tracer l'évolution de son fonctionnement dans le temps et d'en percevoir les écueils éventuels.

Alors que peu d'études sont menées auprès d'enfants dans la population générale, cette orientation est cruciale pour mieux comprendre le parcours typique de l'enfant à travers les aléas de l'adaptation et arriver à déterminer quels problèmes spécifiques, présents à un certain moment du développement, prédisent la présence ultérieure de psychopathologie et lesquels sont le produit de l'adaptation à de nouveaux défis développementaux et sont appelés à disparaître. Par exemple, le trouble de conduite à l'adolescence semble relativement commun. S'il apparaît pour la première fois à l'adolescence, il indique généralement une exacerbation du développement normal dans une tentative de faire face à une nouvelle tâche développementale. Dans ce cas, on retrouve une continuité presque nulle de troubles de conduite chez l'adulte après que la période d'adaptation ait été résolue. Au contraire, un jeune enfant qui manifeste précocement des problèmes de conduite illustre un tableau qualitativement différent, généralement associé à d'autres troubles d'adaptation et indicateur d'un pronostic plus négatif (Bennett, Lipman, Racine et Offord, 1998). S'attarder aux trajectoires d'adaptation chez l'enfant, dans la population générale, apparaît donc pertinent parce que cette orientation permet de comprendre les changements habituels qui ponctuent le développement et rend disponibles des informations applicables à l'étude des facteurs causaux dans le cours du développement individuel (Bergman et Magnusson, 1997).

Comme le développement implique automatiquement des changements dans les trajectoires développementales, le défi pour la psychopathologie développementale consiste à expliquer à la fois la continuité et le changement.

Examen de la notion de stabilité

Le point de vue «continuiste» dans l'ontogénèse a été défendu, en particulier par Kagan (1969) dans les études sur la personnalité, avec les propositions suivantes: 1) la continuité développementale doit être considérée sur toute la durée de la vie; 2) plusieurs formes de continuité peuvent être appréhendées chez un même individu: continuité homotypique qui réfère à la continuité d'un même comportement à travers le temps, continuité hétérotypique qui implique la persistance d'un trait, d'une qualité psychologique (ex. l'introversion, l'impulsivité) et qui s'exprime par un taux de changement très faible au cours du temps ou encore dans une progression sans sauts ni régressions. Ces considérations rendent difficile la construction d'un cadre conceptuel pour l'évaluation de la continuité hétérotypique (Pulkkinen, 1998) qui fait référence à la constance d'une organisation adaptative au cours des années.

S'intéresser à la stabilité du fonctionnement affectif et comportemental suppose donc d'importantes implications sur les processus évaluatifs à mettre en place. Doit-on s'attarder à l'homogénéité de symptômes d'un stade de développement à un autre ou tenir compte davantage que ces symptômes évoluent avec le temps et tracent une trajectoire problématique qui différencie l'enfant de ses camarades sans difficultés? La façon de concevoir l'adaptation de l'enfant à travers les étapes de développement détermine le type de stabilité qui retiendra l'attention du chercheur. La diversité des perspectives théoriques est sans doute à l'origine de la disparité des résultats se rapportant à la stabilité comportementale.

Même si stabilité et changement ont été observés dans les analyses longitudinales, de nombreuses études soulignent que, considérées dans leur ensemble, les données épidémiologiques longitudinales démontrent clairement l'importance et la stabilité des troubles psychologiques de l'enfant et de l'adolescent ainsi que les coûts qu'ils entraînent (Verhulst et van der Ende, 1992). Par exemple, une étude longitudinale (de 3 à 5 ans) chez des enfants de 6 à 18 ans, de Costello, Angold et Keeler, (1999) démontre une forte continuité dans la psychopathologie, particulièrement chez les enfants qui manifestaient de troubles de comportement lors de la première évaluation. La stabilisation dans le temps de plusieurs systèmes dynamiques ainsi que l'amoindrissement de la plasticité dans le développement avec l'âge suggèrent que chez l'enfant bien ajusté initialement, l'émergence de nouveaux problèmes avec l'âge est moins fréquente que chez les jeunes enfants. De plus, on retrouve une stabilité plus grande chez les enfants qui ont de multiples problèmes (Bergman et al., 1997). À long terme, une telle trajectoire tend à prédire des problèmes d'adaptation beaucoup plus graves, suggérant que les profils de comorbidité seraient distincts du syndrome simple (Trudel, Rascalon, Ouellet et Dugré, 2003). Par exemple, dans une étude a posteriori auprès d'un groupe d'enfants présentant une cooccurrence de troubles entre 5 et 11 ans, Egeland et al. (1996) retrouvent 100% de comorbidité de troubles intériorisés à l'âge adulte. Le comportement comorbide tendrait à être plus stable qu'un syndrome unique dans le même sens que l'augmentation du nombre d'items dans une mesure en augmente la cohérence interne (Ghiselli, Campbell et Zedeck, 1981).

Cette hypothèse semble particulièrement fondée pour les enfants présentant des troubles de conduite et de dépression combinés. Lambert, Wahler, Andrade et Bickman, (2001) dans leurs résultats à une étude longitudinale (5 ans d'écart) concluent que les enfants présentant un trouble de conduite dans l'enfance, montrent les plus hauts taux d'inadaptation ultérieurs. Comparés à leurs pairs, ces enfants ont les plus hauts scores sur 15 des 16 syndromes à l'étude incluant le retrait social et

la dépression majeure.

Parmi les problèmes de comportement, les profils agressifs demeurent les plus stables à travers le temps chez les individus. Les données recueillies, provenant de différentes sources, suggèrent que le comportement antisocial chez les garçons et chez les filles serait stable à travers le temps et qu'après 20 ans, garçons et filles occupent le même rang au niveau des problèmes antisociaux quand ils sont comparés à leurs pairs du même sexe (Moffitt, Caspi, Rutter et Silva, 2001). Toutefois, les comportements antisociaux chez l'adulte sont présents seulement si l'agressivité diagnostiquée chez le jeune enfant avait été co-morbide (Bergman et al., 1997). Le meilleur prédicteur de criminalité chez l'adulte demeure un profil multiproblématique sévère chez le jeune enfant (Pulkkinen, 1998).

Chez les filles, les troubles intériorisés et extériorisés précoces prédisent des problèmes intériorisés à l'âge adulte. Chez les garçons, la présence de troubles intériorisés précoces prédit des troubles similaires à l'âge adulte mais n'accroît pas les risques de troubles extériorisés alors que la présence de troubles extériorisés précoces augmente le risque de trouble de conduite et de troubles intériorisés à l'âge adulte (Quinton, Rutter et Gulliver, 1990). En ce sens, la stabilité comportementale absolue serait moins grande chez les filles que chez les garçons.

Enfin, les suivis longitudinaux qui s'intéressent à la stabilité du comportement chez le jeune enfant, sont obtenus généralement auprès de tiers. Or, les résultats de l'auto-évaluation de l'enfant devraient démontrer davantage de stabilité puisque c'est le même individu qui s'évalue à chaque fois alors que différentes personnes sont impliquées dans l'évaluation externe de l'enfant; les enfants sont, dépendamment de l'âge, susceptibles de mieux se connaître que leur entourage alors que les manifestations comportementales de malaises internes peuvent être interprétées plus superficiellement par un tiers.

Avantages de l'auto-évaluation

La corrélation entre les différents informateurs (parents ou professeurs) qui évaluent l'enfant est relativement faible (.28) puisque ces adultes voient évoluer l'enfant dans des contextes différents. La corrélation s'élève en effet à .60 quand l'évaluation est obtenue auprès de deux personnes qui côtoient l'enfant dans les mêmes situations (Achenbach, McConaughy et Howell, 1987). Cette constatation démontre bien la variabilité du comportement de l'enfant en fonction des contextes. Toutefois, peu d'études tiennent compte de l'auto-évaluation de l'enfant puisque certains chercheurs indiquent que celui-ci ne possède pas la maturité suffisante pour s'évaluer correctement.

Les résultats obtenus dans des études antérieures, à partir de l'auto-évaluation de l'enfant (Valla, Bergeron, Bidault-Russel, St-Georges et Gaudet, 1997; Dugré, Trudel et Valla, 2001; Trudel et al., 2003), démontrent pourtant une bonne cohérence et confirment, de manière générale, les résultats retrouvés dans la littérature sur la santé mentale de l'enfant. Différents auteurs rapportent que les adultes seraient de meilleurs informateurs en ce qui concerne les troubles extériorisés alors que les enfants seraient plus aptes à décrire correctement les troubles intériorisés (Loeber, Green et Lahey, 1990). Comme les troubles intériorisés dérangent moins l'entourage, ils risquent de passer inaperçus. Interroger l'enfant sur la perception qu'il a de son adaptation à un moment donné de son parcours peut nous donner des informations que nous n'aurions pu obtenir autrement et qui seront précieuses pour permettre de considérer cet enfant dans sa globalité à travers une approche orientée vers la personne. L'instrument d'évaluation doit toutefois être adapté à l'âge et à l'étape de développement de l'enfant.

Contributions de l'approche orientée vers la personne

Dans une approche par variables, chaque donnée recueillie prend sa signification en fonction de sa position relative au groupe de référence. Dans une approche orientée vers la personne, chaque donnée tire sa signification de la place occupée par cette dimension par rapport à l'ensemble des données recueillies chez cet individu (Magnusson, 1998). Dans une perspective interactionnelle, l'approche par variables devient limitative puisque la description des variables peut être difficile à traduire en terme de propriétés caractérisant l'individu dans sa globalité (von Eye et Bergman, 2003).

Au contraire, dans une vision holistique, l'approche centrée vers la personne considère que l'individu est un tout organisé, se développant et fonctionnant comme une totalité porteuse de sens (Bergman, 1998). Ses caractéristiques propres sont donc étudiées empiriquement en terme de patrons d'adaptation.

Plusieurs orientations peuvent être adoptées pour répondre à une approche centrée vers la personne. Pourtant, comme le soutient Magnusson (1998), peu d'études empiriques ont été menées pour développer et appliquer ces méthodes statistiques, en complémentarité avec les approches traditionnelles, dans le but de mieux comprendre les processus développementaux en termes de patrons d'adaptation. L'analyse hiérarchique, par exemple, est une approche multidimensionnelle qui permet de classer différents types d'individus en catégories à partir

d'indices de similarités tout en minimisant la ressemblance de membres d'un sous-groupe aux membres d'un autre sous-groupe (Hokanson et Butler, 1992). Les techniques employées permettent de recueillir également des informations conventionnelles sur les trajectoires des groupes par des comparaisons groupe et individu tout en permettant d'améliorer la compréhension des processus sous-jacents au développement de l'enfant (Cairns et al., 1998).

Objectifs de l'étude

Dans le contexte de l'étude de la stabilité des problèmes de comportement chez l'enfant, l'objectif principal de cette recherche est de dégager une typologie longitudinale des profils d'adaptation en santé mentale à partir de l'auto-évaluation d'enfants de niveau primaire dans une approche orientée vers la personne. La méthodologie utilisée est basée sur une conception multidimensionnelle des composantes de la santé mentale et utilise l'analyse hiérarchique pour identifier des sous-groupes d'enfants qui représentent à la fois des profils adaptés et d'autres plus problématiques. Le présent article propose, à partir de deux études longitudinales, l'examen des profils d'enfants à un an et à trois ans d'intervalle. Le *Dominique-R* (Valla, Bergeron, Bérubé, Gaudet et St-Georges, 1994), sera utilisé pour recueillir les données. Cet instrument permet d'évaluer la perception qu'a l'enfant de sa santé mentale, de manière systématique et standardisée, avec une bonne fidélité. Il sera utilisé dans une perspective dimensionnelle puisque le nombre de symptômes et non la pathologie sera pris en compte. L'instrument retenu est employé depuis plus de 10 ans dans des études épidémiologiques (Santé Québec, 1994), pour l'évaluation d'enfants et de groupes d'enfants ainsi que pour mesurer les effets des interventions (voir Trudel et al., 2003). Nous avons précédemment réalisé une étude transversale des typologies de l'adaptation à partir du *Dominique* et les résultats nous apparaissent apporter des informations pertinentes pour appréhender la santé mentale de l'enfant (Dugré et Trudel, 2003).

Les études sur la stabilité comportementale présentent des résultats souvent contradictoires bien que la majorité d'entre elles soutiennent une stabilité plus grande pour les troubles extériorisés. La diversité des méthodes de cueillette de données, les sources multiples d'évaluation (parents, enfants, enseignants) contribuent sans doute à ce manque d'uniformité. L'apparente instabilité dans certaines formes de troubles de l'adaptation peut être fonction de l'observation d'un comportement isolé plus visible (ex. hyperactivité) plutôt que de la compréhension d'un profil global

d'adaptation. Egeland et al., (1996) soutiennent que, peu de chercheurs se sont penchés sur la stabilité des trajectoires développementales elles-mêmes. Plus fondamentalement, nous pourrions suggérer que l'étude de la stabilité n'est pas assez orientée vers l'examen des processus sous-jacents à l'émergence d'une continuité ou d'une discontinuité dans le développement des problèmes d'adaptation (Trudel et al, 2003).

Dans la présente recherche, nous nous attarderons principalement à différents aspects de la stabilité homotypique en référence à la constance de la manifestation d'un attribut à travers le temps pour l'ensemble des enfants, à la stabilité ipsative qui réfère à la stabilité des caractéristiques comportementales d'un même individu à travers les mesures répétées (Bergman et al., 1997) et à la stabilité des trajectoires développementales. Nous voulons également examiner dans quelle mesure les différences liées à l'appartenance sexuelle interfèrent avec la prévalence de symptômes et avec les changements longitudinaux. Les résultats sur l'auto-évaluation de l'enfant de niveau primaire sont très peu illustrés dans la littérature scientifique et nous apparaissent représenter un apport intéressant à la compréhension de la vie intérieure de celui-ci et du lien établi avec la manifestation des troubles.

MÉTHODOLOGIE

Sujets

L'échantillon original comprend 217 enfants de 6 à 9 ans, fréquentant une école primaire régulière des Laurentides et une se situant en Abitibi-Témiscamingue. Selon le classement effectué par le ministère de l'éducation, l'école des Laurentides appartient à l'une des régions les plus défavorisées des Laurentides. L'école d'Abitibi-Témiscamingue regroupe principalement des enfants de milieu socio-économique moyen. Ces écoles ont été retenues sur la base d'une collaboration déjà en place depuis quelques années entre les chercheurs et les intervenants, dans le cadre de recherches fondamentales et appliquées. Comme toute étude longitudinale, celle-ci n'a pas échappé à l'attrition et, en temps 2, on retrouve 183 enfants (perte de 16%).

Le groupe court terme (CT) comprend 93 élèves (45 filles) évalués à un an d'intervalle (automne) alors que le groupe long terme (LT), composé de 90 élèves (41 filles) a participé à deux sessions d'évaluation à un intervalle de 3 ans (entre 34 et 40 mois). Soixante-quatre (64) enfants proviennent des Laurentides, 26 d'Abitibi-Témiscamingue. À l'évaluation initiale, les enfants du groupe CT sont âgés de 6 à 9 ans alors que ceux du groupe LT, sont âgés de 7 à 9 ans.

Procédures d'évaluation

Après avoir obtenu les autorisations nécessaires, les enfants sont évalués collectivement dans leur classe respective. Chaque enfant reçoit son cahier individuel comprenant les dessins et questions ainsi qu'une feuille réponse où il doit inscrire «oui» ou «non» à chaque item. Les questions sont inscrites dans le cahier mais sont également lues à haute voix par l'examineur pour compenser d'éventuelles difficultés de lecture. Les enfants sont assurés du respect de la confidentialité de leurs réponses et sur le fait qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Instrument

Le *Dominique-Rest* est la version 6 du questionnaire original *Dominique* (Valla et al., 1994). Il a été extensivement validé, a fait l'objet de plusieurs publications dans des revues scientifiques (Valla et al., 1994, 1997). Il montre le personnage principal, Dominique, confronté à une variété de situations concrètes qui illustrent les différents symptômes émotionnels ou comportementaux contenus dans le DSM-III-R (Valla et al., 1994). L'enfant doit indiquer s'il est comme Dominique. Les scores obtenus à chacune des dimensions de la santé mentale sont de bons indicateurs de la perception qu'a l'enfant de sa situation émotionnelle à ce moment de sa vie.

Cet instrument nous a permis d'évaluer plus de 1500 enfants de 6-9 ans depuis quelques années en France et au Québec. Nos analyses démontrent une bonne cohérence interne aux 7 dimensions de la santé mentale (de .72 à .87). Les analyses factorielles en composantes principales identifient deux facteurs: troubles intériorisés (anxiété, phobie, angoisse de séparation) et troubles extériorisés (trouble des conduites, hyperactivité et opposition) qui expliquent 70% de la variance. L'indice de dépression corrèle systématiquement avec les deux facteurs ce qui peut s'expliquer par la propension d'une partie des enfants à manifester par des troubles de comportement leur malaise interne. Ce résultat original milite en faveur de prendre en considération la vision de l'enfant dans l'évaluation car elle permet d'apporter des informations qui enrichissent notre connaissance des processus sous-jacents à son développement.

Analyse des données

Les analyses sont abordées selon deux volets. Les changements symptomatiques interindividuels chez les enfants des deux groupes sont d'abord analysés pour chacune des 2 périodes d'évaluation (T1 vs T2) pour

l'ensemble des enfants puis, en fonction du sexe. Le second volet s'intéresse à la dimension intraindividuelle et à la stabilité du comportement. À partir de la proportion de symptômes, la démarche de classification utilise des analyses de regroupements hiérarchiques en privilégiant la méthode Ward. Cette méthode a pour but de minimiser la variabilité à l'intérieur des différents profils identifiés. Chacune des variables à l'étude obtient un score et permet de dresser un portrait global à partir de scores extrêmes comme de scores faibles puisque c'est la configuration de l'ensemble de ces dimensions qui donnent un sens à la typologie. Les différences de symptômes entre les divers profils de santé mentale sont analysées à l'aide de l'analyse de variance univariée et du test a posteriori Newman-Keuls. Les scores obtenus à chaque dimension permettront de construire les profils qui soulignent des variations d'auto-évaluation de la santé mentale de ces enfants. La trajectoire développementale est considérée comme un patron commun de développement partagé par un groupe d'individus; ce patron est distinct des patrons comportementaux révélés par les autres individus (Loeber, 1991). De cette manière la construction de trajectoires devient une heuristique pour la recherche sur le développement de l'enfant dans sa diversité. À notre connaissance, cette étude représente la première occasion de produire une analyse typologique longitudinale de la santé mentale de jeunes au cours des premières années de scolarisation en s'appuyant sur l'auto-évaluation de l'enfant. Cette orientation méthodologique ne vise pas à se substituer aux approches classiques. Elle se veut un complément qui vise à mieux comprendre les changements et la stabilité chez les différents types d'enfants au plan de la santé mentale.

RÉSULTATS

Analyse descriptive de la stabilité des proportions de symptômes

La proportion moyenne de symptômes rapportée lors de la première évaluation (T1) est comparée à la proportion moyenne de symptômes de la seconde évaluation (T2) pour les conditions de délai court et long termes (voir tableau 1). Les moyennes de symptômes se comparent tout à fait aux autres études ayant utilisé le même instrument (Trudel et al., 2003; Valla et al., 1997).

Pour les garçons et les filles réunis, nos analyses descriptives font ressortir que, dans les différentes conditions, les moyennes de symptômes entre les deux temps d'évaluation restent stables, particulièrement aux troubles extériorisés où on retrouve un seul changement significatif soit à l'hyperactivité où il y a augmentation à court terme. Les symptômes liés à

TABLEAU 1

Analyse comparative des taux moyens de symptômes aux différentes périodes d'évaluation, globalement et pour les filles et les garçons à court et long termes

Global	Court terme (n =93)					Long terme (n = 90)				
	—T1—		—T2—		t	—T1—		—T2—		t
Périodes	Moy- enne	É.T.	Moy- enne	É.T.		Moy- enne	É.T.	Moy- enne	É.T.	
Tr. conduite	6,5	16,7	10,7	23,3	-1,8	7,1	16,6	5,7	14,7	0,7
Hyperactivité	12,9	17,6	18,1	23,3	-2,7*	18,1	21,7	20,3	22,0	-0,8
Opposition	18,9	23,9	20,8	26,1	-.83	17,2	24,0	19,2	22,8	-0,8
Phobie	7,7	12,9	5,6	8,7	1,9	8,2	12,8	7,8	12,3	0,3
Anxiété	25,6	23,3	22,9	20,7	1,3	30,1	24,7	17,7	19,8	4,9 *
Ang./séparation	31,5	26,9	27,4	26,8	1,9	29,6	24,9	16,7	22,9	5,1*
Dépression	17,2	17,7	19,4	18,2	-1,2	18,9	17,6	18,5	20,8	0,2
Filles	Court terme (n=45)					Long terme (n=41)				
Tr. conduite	2,8	9,2	6,4	13,3	-1,3	7,15	17,9	4,1	14,0	0,9
Hyperactivité	12,5	15,5	17,7	23,2	-2,4†	16,3	19,7	21,6	22,7	-1,5
Opposition	16,0	21,4	17,6	23,6	-0,5	16,7	26,0	17,4	19,8	-0,2
Phobie	10,3	14,6	6,4	9,1	1,3	9,1	11,4	12,4	14,4	-1,5
Anxiété	29,7	23,4	26,3	19,4	1,1	34,4	25,8	25,9	22,6	2,1†
Ang./séparation	36,5	24,9	32,5	26,0	1,1	34,3	26,4	23,5	26,5	2,5*
Dépression	17,9	16,3	23,2	18,4	1,7	19,1	16,0	24,2	25,0	-1,5
Garçons	Court terme (n=48)					Long terme (n=49)				
Tr. Conduite	9,9	21,0	15,1	29,3	-1,4	7,1	15,7	7,1	15,3	0,0
Hyperactivité	13,3	19,5	18,4	23,6	1,6	19,6	23,3	19,1	21,6	0,2
Opposition	21,7	25,9	23,9	28,1	-0,7	17,6	22,5	20,7	25,2	-0,8
Phobie	5,3	10,7	4,0	7,9	1,2	7,6	13,9	3,9	8,9	1,8
Anxiété	21,7	21,2	19,7	21,6	0,7	26,6	23,5	10,8	13,1	5,1*
Ang./séparation	26,9	28,2	22,6	27,0	1,6	25,7	23,1	11,0	17,7	5,3*
Dépression	16,6	19,1	16,0	17,5	0,3	18,7	19,0	13,8	15,0	-1,5

Test-t: † = $p < .05$; * = $p < .01$.

l'anxiété de séparation diminuent à long terme. Le groupe LT comprend des enfants de 10 à 11 ans au temps 2 et, à cet âge, l'anxiété de séparation est beaucoup moins manifeste étant donné que l'adaptation au milieu scolaire est généralement assumée. La moyenne de symptômes à l'anxiété diminue également ce qui correspond aux résultats habituels pour les enfants de cet âge (Santé Québec, 1994).

À court terme, les garçons démontrent une stabilité interindividuelle absolue; c'est le cas également pour les filles, à l'exception de l'hyperactivité qui se révèle plus élevée à la seconde évaluation. Cette stabilité apparaît à

LT assez similaire chez les filles et les garçons où l'anxiété et l'angoisse de séparation diminuent de manière significative.

Stabilité temporelle sur les indices de santé mentale

Des analyses de corrélation (Pearson) ont été effectuées entre les deux conditions de délai pour l'ensemble des enfants (global), puis pour les filles et pour les garçons (voir tableau 2). À court terme, globalement, chaque mesure de la santé mentale met en évidence des corrélations significatives entre les 2 temps d'évaluation. Les garçons démontrent une stabilité significative sur l'ensemble des dimensions alors que chez les filles, le trouble de conduite ne s'avère pas stable et que la dépression montre un seuil de stabilité moindre.

À long terme, pour l'ensemble des enfants, on observe une bonne stabilité temporelle pour 6 des 7 catégories de symptômes. Seules les variations au trouble de conduite au temps 1 ne sont pas prévisibles des variations au temps 2. Les résultats indiquent que la stabilité est plus apparente chez les filles que chez les garçons. Ainsi, le profil des filles est stable dans le temps pour 6 des 7 catégories de symptômes alors que chez les garçons, on relève 3 effets majeurs liés aux symptômes intériorisés et 2 effets secondaires liés à l'hyperactivité et au trouble d'opposition.

Considérant l'ensemble des effets pour les court et long termes, les résultats démontrent un degré de stabilité plus important chez les filles. La seule catégorie qui fait exception est reliée au trouble de conduite. Chez les

TABLEAU 2

Stabilité globale et selon le sexe entre les mesures de santé mentale aux 2 temps d'évaluation (T1-T2) pour chacune de conditions de délai.

Conditions	Court terme			Long terme		
	Global (n: 93)	Filles (n: 45)	Garçons (n: 48)	Global (n: 90)	Filles (n: 41)	Garçons (n: 49)
Conduite	,43*	-,06	,49*	,09	,34	,15
Hyperactivité	,62*	,77*	,52*	,35*	,44*	,30†
Opposition	,62*	,54*	,66*	,40*	,51*	,33†
Phobie	,57*	,45*	,70*	,34*	,41*	,28
Anxiété	,62*	,60*	,62*	,44*	,42*	,43*
Séparation	,70*	,56*	,79*	,33*	,44*	,57*
Dépression	,46*	,30†	,60*	,28†	,50*	,41*

Pearson: † = $p < .05$; * = $p < .01$.

garçons, la stabilité révélée à CT s'est estompée à LT au niveau des symptômes extériorisés; ils maintiennent toutefois un profil assez stable pour les symptômes intériorisés.

Identification des typologies longitudinales d'adaptation en santé mentale

La phase d'analyse suivante utilise une approche typologique qui vise à identifier différents types d'enfants sur la base des indices aux sept dimensions de la santé mentale. Les typologies obtenues proviennent de l'examen des similitudes entre les enfants des divers sous-groupes qui partagent des variations intraindividuelles communes. Même si certaines typologies pourraient faire ressortir un nombre de symptômes supérieur à la moyenne retrouvée habituellement chez les enfants de cet âge, on ne peut présumer d'emblée qu'ils soient nécessairement en difficulté. Nous pourrions, par l'examen des différentes trajectoires dans le temps, déterminer si cette approche multidimensionnelle fournit un éclairage différent ou complémentaire en regard des configurations ou des patrons de symptômes.

Analyse des regroupements à court terme chez les filles : Pour le court terme, aux deux temps d'évaluation (T1-T2), l'analyse de regroupements hiérarchiques identifie 3 profils chez les filles: *adapté*, *mixte* et *intériorisé* (voir tableau 3). L'analyse du degré d'appartenance aux types de regroupement (variations qualitatives) en fonction du temps d'évaluation indique une forte stabilité des différentes configurations de symptômes ($\chi^2 = 20,2 = p < ,000$). Les filles du profil *intériorisé* ont vu leurs symptômes

TABLEAU 3

*Proportion de symptômes aux 2 temps d'évaluation en fonction des différentes typologies chez les filles à court terme**

	Adapté		Mixte		Intériorisé	
	Temps 1 n=17	Temps 2 n=22	Temps 1 n=8	Temps 2 n=3	Temps 1 n=20	Temps 2 n=20
Conduite	0,5	2,3	1,04	<i>51,3</i>	5,5	3,3
Hyperactivité	5,5	8,4	<i>25,0</i>	<i>72,9</i>	13,4	19,7
Opposition	1,4	5,0	<i>49,8</i>	<i>76,9</i>	15,0	22,6
Phobie	1,2	6,8	7,5	0,0	<i>19,1</i>	<i>9,0</i>
Anxiété	8,6	11,6	<i>22,8</i>	<i>39,4</i>	<i>50,4</i>	<i>40,5</i>
Séparation	11,8	11,9	<i>37,1</i>	<i>43,6</i>	25,0	<i>53,5</i>
Dépression	7,1	12,4	<i>25,0</i>	<i>49,1</i>	<i>24,3</i>	<i>31,1</i>

*Les scores supérieurs à la moyenne sont en italique.

d'angoisse de séparation augmenter de manière importante en une seule année alors que c'est la dimension qui a le moins augmenté chez le profil *mixte*. Par ailleurs, ce dernier comptait initialement des enfants avec des moyennes des symptômes relativement modérés alors qu'en temps 2, on ne retrouve que 3 enfants avec des scores extrêmes à toutes les dimensions de la santé mentale sauf à la phobie où les enfants ne déclarent aucun symptôme.

Analyse des regroupements pour l'intervalle long terme chez les filles : L'analyse fait ressortir les trois mêmes profils pour la condition LT chez les filles: *adapté*, *intériorisé* et *mixte* (voir tableau 4). Des trajectoires semblables ont été identifiées aux deux temps d'évaluation démontrant une bonne stabilité des patrons comportementaux ($\chi^2 = 9,2 = p < ,05$) bien que légèrement inférieure à celle retrouvée à CT. En temps 1, le profil *mixte* se caractérise par de l'opposition et de l'angoisse de séparation particulièrement élevées alors qu'en temps 2, l'hyperactivité et la dépression ont augmenté. Les filles du profil *intériorisé* font voir un taux de symptômes d'hyperactivité légèrement supérieur à la moyenne en temps 1 et un niveau relativement élevé de symptômes intériorisés, particulièrement à l'angoisse de séparation et à l'anxiété. En temps 2, seuls les symptômes intériorisés se maintiennent au-dessus de la moyenne. Quant aux valeurs du profil *mixte*, elles sont supérieures à la moyenne aux 2 temps d'évaluation incluant la dépression particulièrement élevée à la seconde mesure. Comme pour l'évaluation CT, le profil adapté des filles à la condition LT révèle une faible proportion de symptômes aux 2 mesures.

TABLEAU 4

*Proportion de symptômes aux 2 temps d'évaluation en fonction des différentes typologies chez les filles à long terme**

	Adapté		Mixte		Intériorisé	
	Temps 1 n=20	Temps 2 n=20	Temps 1 n=13	Temps 2 n=8	Temps 1 n=8	Temps 2 n=13
Conduite	2,6	1,3	<i>28,1</i>	<i>10,9</i>	1,28	0,0
Hyperactivité	5,9	8,8	<i>33,6</i>	<i>46,2</i>	<i>21,6</i>	14,1
Opposition	3,5	10,4	<i>65,4</i>	<i>33,7</i>	7,1	8,7
Phobie	4,5	7,5	<i>10,3</i>	<i>18,5</i>	<i>15,4</i>	<i>15,0</i>
Anxiété	17,7	10,5	<i>51,1</i>	<i>44,8</i>	<i>49,7</i>	<i>57,7</i>
Séparation	15,0	2,7	<i>36,1</i>	<i>34,3</i>	<i>62,7</i>	<i>57,7</i>
Dépression	7,6	5,5	<i>40,1</i>	<i>54,4</i>	<i>23,9</i>	21,7

* Les scores supérieurs à la moyenne sont en italique.

Analyse des regroupements à court terme chez les garçons : Pour le court terme, quatre profils ressortent à l'évaluation initiale: *adapté*, *intériorisé*, *extériorisé* et *mixte* alors qu'en temps 2, le profil *extériorisé* n'apparaît plus (voir tableau 5). On retrouve une stabilité significative des trajectoires entre les deux temps d'évaluation ($\chi^2 = 9,9 = p < ,05$). Alors que le profil *intériorisé*, chez les filles, fait voir une augmentation à l'angoisse de séparation, pour une période relativement courte, chez les garçons, c'est le trouble d'opposition qui subit une importante augmentation de la proportion de symptômes pour ce même profil. Ce dernier maintient également un taux relativement important de symptômes d'anxiété et d'angoisse de séparation. Le profil *mixte* affiche, quant à lui, un taux élevé de symptômes à toutes les dimensions avec un taux plus élevé de symptômes intériorisés en temps 1 et, inversement, de symptômes extériorisés en temps 2.

Analyse des regroupements pour l'intervalle long terme chez les garçons : Quatre profils ressortent également pour la condition LT chez les garçons: *adapté-I* (symptômes intériorisés dominants), *adapté-E* (symptômes extériorisés dominants), *intériorisé* et *mixte* (voir tableau 6). Des trajectoires semblables ont également été identifiées aux deux temps d'évaluation démontrant ainsi une bonne stabilité ($\chi^2 = 22,42 = p < ,01$). Les garçons affichent des trajectoires plus stables à long terme. En temps 1, malgré le faible nombre de symptômes, dans le profil *adapté-I*, l'angoisse de séparation s'avère supérieure à la moyenne et redevient très basse en temps 2. Le profil *intériorisé* a un niveau presque nul de symptômes de conduite mais un taux relativement élevé de symptômes intériorisés en temps 1 qui

TABLEAU 5

*Proportions de symptômes aux 2 temps d'évaluation en fonction des différentes typologies chez les garçons à court terme**

	Adapté—		Intériorisé—		Extériorisé—		Mixte—	
	Temps 1 n=23	Temps 2 n=24	Temps 1 n=9	Temps 2 n=15	Temps 1 n=7	Temps 2 n=0	Temps 1 n=9	Temps 2 n=9
Conduite	1,1	2,1	0,9	5,8	<i>20,2</i>	—	<i>33,6</i>	<i>65,4</i>
Hyperactivité	3,3	6,5	6,3	13,8	<i>20,5</i>	—	<i>40,3</i>	<i>57,6</i>
Opposition	6,0	2,6	8,5	<i>35,9</i>	<i>59,3</i>	—	<i>45,6</i>	<i>60,7</i>
Phobie	2,2	1,3	6,7	<i>7,3</i>	0,0	—	<i>16,1</i>	<i>5,6</i>
Anxiété	7,1	8,7	<i>29,3</i>	<i>31,5</i>	14,4	—	<i>57,1</i>	<i>29,3</i>
Séparation	6,4	8,0	<i>37,6</i>	<i>32,8</i>	19,8	—	<i>74,1</i>	<i>44,7</i>
Dépression	5,7	6,1	13,5	16,5	18,8	—	<i>45,6</i>	<i>44,2</i>

*Les scores supérieurs à la moyenne sont en italique.

TABLEAU 6

*Proportions de symptômes aux 2 temps d'évaluation en fonction des différentes typologies chez les garçons à long terme**

	Adapté-I—		Adapté-É—		Intériorisé—		Mixte—	
	Temps 1 n=15	Temps 2 n=12	Temps 1 n=18	Temps 2 n=12	Temps 1 n=9	Temps 2 n=14	Temps 1 n=7	Temps 2 n=11
Conduite	1,1	2,1	0,9	5,8	<i>20,2</i>	—	<i>33,6</i>	<i>65,4</i>
Conduite	0,0	0,0	5,6	7,4	1,9	1,2	<i>33,3</i>	<i>22,0</i>
Hyperactivité	1,3	1,0	15,3	19,6	<i>25,0</i>	<i>22,3</i>	<i>63,4</i>	<i>34,1</i>
Opposition	5,1	0,0	12,8	12,8	21,6	13,7	<i>51,6</i>	<i>60,8</i>
Phobie	2,7	0,0	0,0	0,8	<i>21,1</i>	<i>7,1</i>	<i>20,0</i>	<i>7,3</i>
Anxiété	24,0	0,0	8,06	6,8	<i>52,8</i>	<i>20,1</i>	<i>44,2</i>	<i>14,8</i>
Séparation	<i>32,3</i>	4,5	6,0	0,6	<i>45,3</i>	<i>23,7</i>	<i>37,4</i>	<i>13,3</i>
Dépression	8,4	0,9	9,9	14,5	<i>31,6</i>	13,9	<i>46,6</i>	<i>26,8</i>

*Les scores supérieurs à la moyenne sont en italique.

diminue en temps 2 même si ces dimensions restent légèrement supérieures à la moyenne. Le profil *mixte* se caractérise par des symptômes élevés à l'opposition, l'anxiété de séparation et la dépression, particulièrement en temps 1 alors qu'en temps 2, on note une diminution substantielle à ces dimensions, sauf pour les symptômes d'opposition qui demeurent importants. En temps 2, trois des profils des garçons ont tendance à se regrouper autour de la moyenne alors qu'un seul profil (*mixte*) s'en écarte résolument avec des taux supérieurs à la moyenne sur toutes les dimensions.

Stabilité des trajectoires développementales

Le calcul de la distribution en pourcentage des types d'enfants au temps 2 par rapport au profil initial nous a permis de déterminer la stabilité des trajectoires pour les garçons et les filles.

Stabilité à court terme des trajectoires des filles : À court terme chez les filles, la stabilité du profil *adapté* s'avère particulièrement élevée avec 82%. La trajectoire *intériorisée* démontre également une bonne stabilité avec 75%. Seule la trajectoire *mixte modérée* démontre une forte multifinalité et peu de stabilité puisqu'on retrouve un nombre plus restreint d'enfants qui demeurent dans le même profil au temps 2. (voir figure 1)

Stabilité à long terme des trajectoires des filles : Ainsi, 70% des filles qui faisaient partie du profil *adapté* en début de scolarisation s'y retrouvent

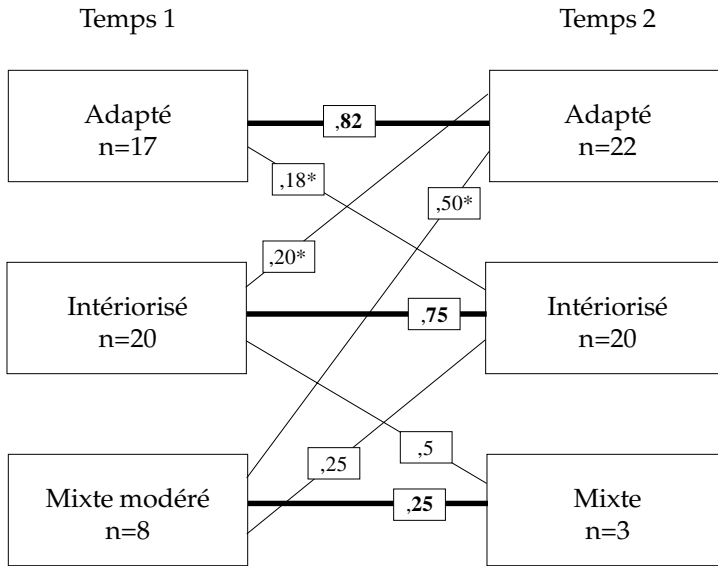


Figure 1: Stabilité à court terme des trajectoires des filles

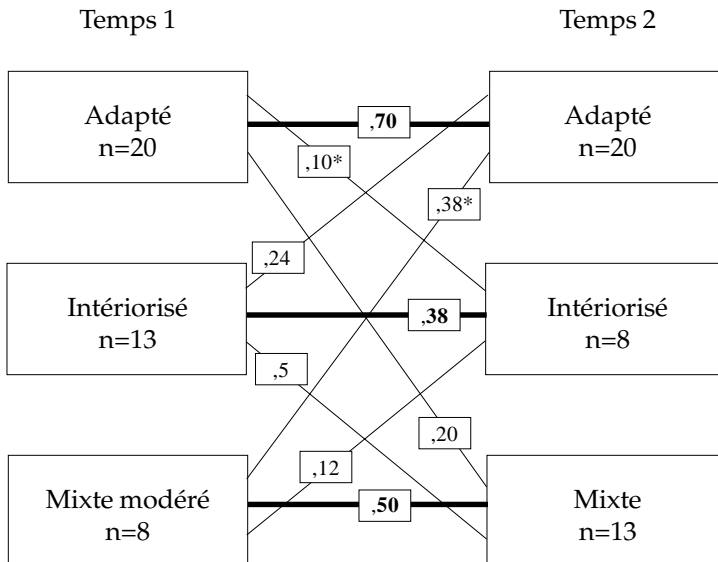


Figure 2: Stabilité à long terme des trajectoires des filles

encore en début d'adolescence (voir figure 2). Comme à court terme, c'est ce profil qui démontre le plus de constance. En second lieu, c'est le profil *mixte* qui montre une stabilité relativement importante avec 50%. Par ailleurs, 38% des filles qui en faisaient partie en temps 1 se retrouvent au profil adapté en temps 2. Le profil *intériorisé* révèle la plus faible stabilité avec 38% alors que la même proportion se retrouve au profil mixte et 24% au profil adapté. Conséquemment, soixante-seize pour cent (76%) des enfants de cette trajectoire feraient partie des profils problématiques en temps 2. En ce sens, les fillettes de ce profil présentent une importante multifinalité mais une forte continuité de fonctionnement problématique.

Stabilité à court terme des trajectoires des garçons : À court terme chez les garçons, la stabilité du profil *adaptés* s'avère élevée avec 74% (voir figure 3). Toutefois, la trajectoire du profil *intériorisé* en temps 1 conduit également

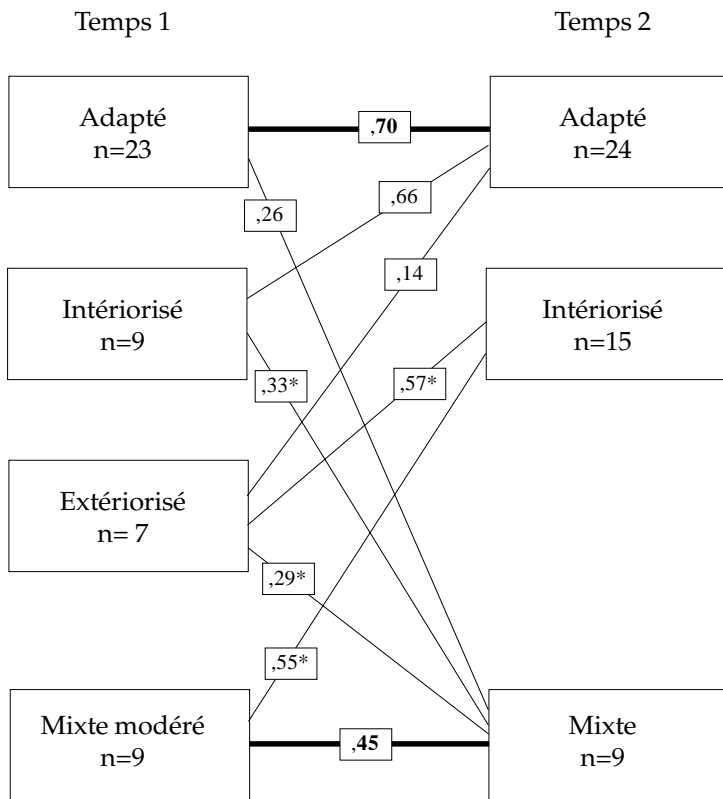


Figure 3: Stabilité à court terme des trajectoires des garçons

au profil adapté puisque 66% s'y retrouvent. Ce sont les enfants du profil *extériorisé* qui se retrouvent majoritairement au profil intérieurisé en temps 2. Enfin, la trajectoire du type *mixte* présente une faible dispersion (55% profil intérieurisé, 44% profil mixte) et aucun de ces enfants ne se retrouve au profil adapté en temps 2.

Stabilité à long terme des trajectoires des garçons : À long terme, chez les garçons, il apparaît plus difficile de déterminer la stabilité des trajectoires *adaptées* en temps 1 et en temps 2 puisqu'elles illustrent des profils différents. Malgré un nombre relativement bas de symptômes (sous la moyenne), la trajectoire *adaptée-I* démontre une faible proportion de troubles extériorisés et un taux plus élevé de troubles intérieursés (voir figure 4). La seconde se présente à l'inverse. Toutefois, si l'on tient compte de la relative adaptation de ces 2 trajectoires, elles démontrent une stabilité de

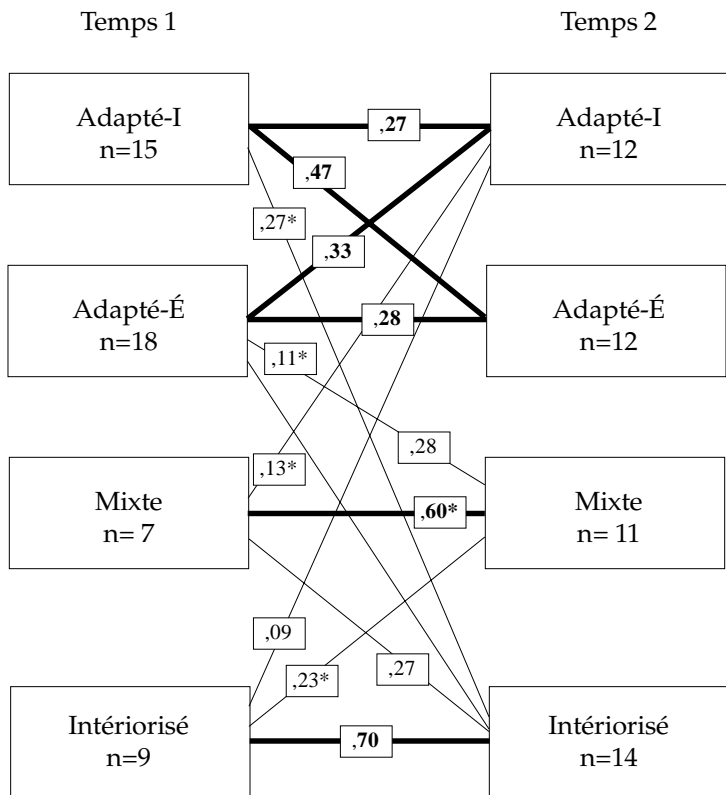


Figure 4: Stabilité à long terme des trajectoires des garçons

67% (22/33) qui s'apparente aux résultats des filles et des garçons plus jeunes. Près de la moitié des enfants du profil *adapté-I* en temps 1 se retrouvent au profil *adapté-E* en temps 2 et n'évoluent pas vers un profil *mixte* (0%). Le profil *adapté-E* démontre un grande multifinalité et semble devenir plus problématique que le profil *adapté-I* avec le temps.

Contrairement au groupe CT, c'est la stabilité du profil intériorisé qui s'avère la plus élevée avec 70%. Moins de garçons que de filles auraient été identifiés à ce profil initialement mais ceux qui l'ont été y demeurent en forte proportion. À peine 9% des garçons de cette trajectoire se retrouvent dans un profil *adapté* en temps 2. Cette situation s'apparente aux enfants du profil *mixte* qui restent stables à 60% et où peu d'enfants évoluent vers un profil *adapté*. Il apparaît donc que les profils problématiques à l'entrée à l'école chez les garçons le demeurent en grande partie en début d'adolescence.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude consistait à dégager une typologie longitudinale des profils d'adaptation en santé mentale à partir de l'évolution des représentations de l'état comportemental et émotionnel d'enfants de niveau primaire. Plusieurs études longitudinales portent sur la stabilité des problèmes de comportement chez l'enfant mais peu d'entre elles visent à développer une meilleure compréhension des processus qui permettent de saisir comment les fonctions émergentes, les compétences et les tâches développementales peuvent influencer le comportement de l'enfant. La démarche analytique centrée sur la signification des coefficients de corrélation a pour effet de sous-estimer la variabilité potentielle des processus qui caractérisent les différents profils que peuvent emprunter les enfants en cours de développement. L'approche méthodologique sélectionnée nous a permis de recueillir des informations traditionnelles pour l'ensemble des échantillons par des comparaisons groupe et individu, mais également d'enrichir notre compréhension du développement de l'enfant par une approche centrée sur la personne.

Le profil de résultats appuie l'idée que les enfants sont de bons informateurs pour décrire leur état de santé mentale et que l'instrument utilisé leur permet d'exprimer leur état émotionnel de façon nuancée et cohérente. En effet, les résultats varient en fonction de l'âge et du sexe et on retrouve une forte corrélation entre les différentes évaluations chez les mêmes participants. Nos résultats, comme ceux obtenus par Kamphaus et al. (1999), démontrent qu'un échantillon d'enfants de la population générale produit, à la fois des trajectoires adaptées et des profils d'enfants à risque.

Approche centrée sur les variables

L'examen de la stabilité tient compte de la proportion moyenne de symptômes à court et à long termes pour l'ensemble des enfants et, en fonction de la variation liée à l'appartenance sexuelle. Les résultats démontrent une forte stabilité à court terme sur l'ensemble des catégories sauf à l'hyperactivité qui a augmenté. Les symptômes intériorisés restent particulièrement stables. À long terme, les symptômes d'anxiété de séparation et d'anxiété ont diminué sensiblement alors que les symptômes extériorisés demeurent de nouveau stables.

Les garçons font voir une forte stabilité à court terme sur l'ensemble des catégories de symptômes. Les dimensions extériorisées restent également stables à l'analyse du contexte court et long termes. Quant aux filles, peu importe le contexte temporel considéré, on observe une bonne stabilité pour l'ensemble des dimensions à l'exception d'une augmentation de symptômes d'hyperactivité à court terme. On retrouve une moins grande stabilité aux troubles intériorisés puisque les scores à long terme affichent, au temps 2, des baisses significatives à l'anxiété de séparation et à l'anxiété pour les garçons et les filles. Ces résultats confirment la diminution de l'anxiété de séparation et de l'anxiété avec l'âge chez les enfants d'âge moyen (après 8-9 ans) retrouvée dans la littérature (Santé Québec, 1994; Visser et al. 1999). En résumé, nos résultats mettent en évidence une grande stabilité interindividuelle aux troubles extériorisés et une plus faible stabilité aux symptômes intériorisés. Ces effets confirment les conclusions de plusieurs chercheurs dans le domaine (voir Verhulst et al., 1992) mais infirment également les travaux de Visser et al. (1999) qui retrouvent un même niveau de constance aux 2 composantes lorsque l'enfant s'auto-évalue. Les participants de cette étude étaient des enfants référés à un système de santé ce qui explique peut-être cette différence.

Sur la base des indices de corrélation, les analyses portant sur les proportions de symptômes aux 7 dimensions de la santé mentale, pour l'ensemble de l'échantillon, mettent en évidence des effets significatifs entre les deux évaluations, indiquant une bonne stabilité individuelle pour les deux conditions d'évaluation. La stabilité à CT apparaît supérieure chez les garçons pour toutes les dimensions alors que chez les filles la dimension trouble de conduite n'est stable ni à court, ni à long termes. Malgré une stabilité probante sur 5 des 7 dimensions à long terme, ce sont les garçons qui démontrent le moins de continuité.

Globalement, les résultats démontrent une forte continuité comportementale si on tient compte de l'approche centrée sur les variables. Toutefois, ces informations ne nous permettent pas de

caractériser l'enfant dans sa singularité. Il nous est donc apparu important de discriminer les typologies illustrant la diversité de trajectoires que prennent les enfants aux prises avec les difficultés liées aux étapes de développement. Ceci nous a permis d'identifier certains groupes qui présentent des risques de problèmes et de déterminer lesquels présentent davantage de stabilité.

Approche centrée sur la personne

Comme le souligne Egeland et al. (1996), peu d'auteurs se sont penchés sur l'analyse de la stabilité des trajectoires développementales. Ce constat rejoint les propos de Gottlieb (1991) en psychobiologie du développement suggérant d'examiner le rôle de l'expérience précoce sur l'émergence des différentes formes de canalisation du développement. Il nous apparaît que cette approche est susceptible de nous aider à mieux comprendre les processus sous-jacents à l'émergence de la continuité ou de la discontinuité dans le développement de problèmes d'adaptation.

Trois profils similaires apparaissent chez les filles à chacun des deux temps d'évaluation démontrant ainsi une bonne stabilité, particulièrement à court terme: *adapté*, *intérieurisé* et *mixte*. Cependant, peu de filles identifiées au profil *mixte* y demeurent après un an. Cette période (entre 7 et 8 ans), apparaît particulièrement mouvementée pour les filles qui ne sont pas dans le groupe *adapté*. À LT, les profils *intérieurisé* et *adapté* chez les filles changent peu alors que le profil *mixte* montre une diminution de symptômes, contrairement à ce qui avait été identifié à la prise initiale de données. Les symptômes de dépression restent toutefois très élevés.

Pour les garçons, des profils similaires sont également identifiés aux deux temps d'évaluation, particulièrement à long terme. Contrairement aux filles, les profils chez les garçons diffèrent quelque peu selon les conditions de délai. En effet, on retrouve à CT un profil *adapté*, *intérieurisé*, *extériorisé* et *mixte* à l'évaluation initiale, le profil *extériorisé* n'apparaît plus en temps 2. Alors que chez les filles on observe davantage de stabilité à court terme, on retrouve l'inverse chez les garçons.

À long terme, deux variations de profils *adaptés* apparaissent chez les garçons dont l'un avec un taux supérieur de symptômes extériorisés et l'autre avec un taux supérieur de symptômes intérieurisés. Un profil *intérieurisé* et un *mixte* complètent la typologie. Le profil *adapté-I* présente un taux de symptômes très minime en temps 2. Il semblerait que l'adaptation à la période initiale (7-8 ans) avait initié un certain niveau d'anxiété qui ne se retrouve plus en temps 2. Le profil *adapté-E* demeure très semblable en T2 démontrant davantage de stabilité aux symptômes extériorisés. En

début d'adolescence, les garçons se regroupent dans 3 profils qui se situent en deçà ou autour de la moyenne alors que le profil *mixte* affiche des scores supérieurs à la moyenne à toutes les dimensions. On retrouverait donc chez les garçons, une stabilité comportementale plus hâtive que chez les filles. Une étude antérieure portant sur une typologie transversale (Dugré et al., 2003) nous avait permis de retrouver une uniformité supérieure chez les garçons à partir de 8-9 ans chez qui, l'oscillation entre l'angoisse de séparation et l'opposition, typique du développement chez les filles (6 à 9 ans) et les garçons (6-7 ans) était révolue. Leurs profils apparaissaient alors plus polarisés.

À partir de l'analyse typologique, nous avons vérifié combien d'enfants appartiennent au même profil en temps 1 et en temps 2 et déterminé la situation des autres. Les analyses indiquent qu'on retrouve un très forte stabilité entre les trajectoires individuelles à court terme pour les garçons et les filles. À long terme, la stabilité s'avère de nouveau supérieure chez les garçons.

Les parcours diffèrent en fonction du sexe. À CT, les fillettes des trajectoires *adaptées* le demeurent en grande majorité et aucune d'entre elles ne se retrouve au profil *mixte* à la deuxième évaluation. Bien que 50% des fillettes du profil *mixte* se retrouvent au profil *adapté*, celles qui demeurent dans ce profil problématique en proviennent. On peut donc dire que, sauf pour le profil *mixte*, on retrouve peu de dispersion entre le temps 1 et le temps 2 chez les filles à l'intérieur d'une année démontrant ainsi une relative équifinalité.

À long terme, une forte majorité des filles intégrées au profil *adapté* vers 7 ou 8 ans, s'y retrouvent encore en début d'adolescence (70%) alors que 20% d'entre elles sont intégrées au profil *mixte*. Cette dernière trajectoire, malgré un fort taux de symptômes, conserve la moitié des enfants de l'évaluation initiale. Contrairement aux filles plus jeunes (CT), la trajectoire *internalisée* s'avère la moins stable (38%). Ce profil affiche une dispersion relativement importante mais une forte continuité de fonctionnement problématique (38% intériorisé, 38% mixte). Egeland et al. (1996) concluent également à une importante multifinalité à long terme pour les trajectoires intériorisées précoces.

Comme chez les filles, une forte proportion des garçons du profil *adapté* y demeurent à court terme (74%), les autres se retrouvent au profil *mixte*. Aucun enfant de la trajectoire *intériorisée* initiale ne s'y trouve en temps 2 démontrant le peu de stabilité à court terme de cette trajectoire pour les garçons. La majorité de ceux qui y étaient en T1, appartiennent au profil *adapté* en temps 2 (66%). D'autre part, 86% des enfants du profil *extériorisé* demeurent dans des profils plus problématiques (57% intériorisé, 29%

mixte). Cette constatation avait été faite par Quinton et al. (1990) à propos des effets de troubles extériorisés précoces chez les garçons qui augmentent le risque de troubles de conduite et de troubles intériorisés à l'âge adulte. Enfin, à CT, tous les garçons du groupe *mixte* se situent dans des profils à risque à la seconde évaluation (55% *intériorisé*, 45% *mixte*).

À long terme, 67% des garçons demeurent dans un profil *adapté* aux deux conditions de délai. Chez eux, les trajectoires problématiques demeurent relativement stables puisqu'elles conservent 60% des enfants du profil *mixte* et 70% du profil *intériorisé*. Ces résultats vont également dans le même sens que ceux obtenus par Quinton et al. (1990) qui soulignent que, chez les garçons, la présence de troubles intériorisés précoces prédit des troubles semblables à l'âge adulte. Une situation similaire apparaît chez ces garçons de 11 ans. Il semble donc que les profils problématiques dépistés en début de scolarisation chez les garçons le demeurent à l'aube de l'adolescence.

Cette étude longitudinale nous a permis de constater que stabilité et changement se retrouvent chez les enfants de niveau primaire; ils diffèrent selon le sexe, selon les délais entre les évaluations mais également en fonction des profils identifiés. Toutefois, on ne peut ignorer qu'on retrouve une bonne persistance de troubles chez les enfants qui présentent au départ des problèmes multiples, particulièrement les garçons, même si certains d'entre eux, retrouvent leur équilibre à plus long terme. Les résultats obtenus nous ont permis de constater, comme le prétendent Bergman et al. (1997), que chez l'enfant bien ajusté initialement, l'émergence de nouveaux problèmes est moins fréquente que chez les jeunes enfants et qu'on retrouve une stabilité plus grande chez les enfants qui ont de multiples problèmes. De manière générale, la trajectoire *adaptée* présente une forte stabilité (variant de ,67 à ,82). La trajectoire *mixte*, bien que moins stable à court terme, montre, par ailleurs, une inquiétante continuité à long terme, si on considère l'ampleur des symptômes de ce profil. Les résultats de Lambert et al, (2001), dans leur étude longitudinale (5 ans d'écart) mettent en évidence que les enfants présentant un trouble de conduite dans l'enfance, montrent les plus hauts taux d'inadaptation ultérieurs. Nos résultats vont dans le même sens puisque les enfants, avec un taux initial élevé de trouble de conduite, se retrouvent au profil *mixte* en T2 avec de forts taux de problèmes intériorisés et extériorisés. Seules les filles y échappent à CT puisqu'à la prise de données initiale, on retrouve un taux presque nul de problème de conduite chez ces dernières. La situation évolue rapidement et, après un an, les fillettes du profil *mixte* ont, elles aussi un haut taux de trouble de conduite. Comme le meilleur prédicteur de criminalité chez l'adulte, demeure un profil multiproblématique chez l'enfant (Pulkkinen, 1998), et que les troubles de

comportement deviennent plus difficiles à modifier avec le temps, il est important de miser rapidement sur l'intervention auprès de ces enfants. Ils profiteront d'autant plus de l'intervention qu'on aura pris en compte la diversité des trajectoires parmi les enfants à haut risque. En ce sens, le développement d'une typologie à partir de la population générale, qui inclut à la fois des enfants aux profils adaptés et d'autres plus problématiques, devrait permettre de développer une meilleure compréhension des facteurs de protection dont profitent les enfants des trajectoires adaptées et qui le demeurent à long terme. Nous pourrions ainsi tenir compte des compétences que construit l'enfant en situation de déséquilibre faisant suite aux pressions de l'environnement.

Les mérites relatifs de l'approche orientée vers les variables et orientée vers la personne supposent la poursuite des recherches. Il est probable qu'une combinaison des deux soit nécessaire pour permettre de répondre aux multiples défis de la recherche et de l'intervention en santé mentale de l'enfant dans une perspective développementale. Les tenants de l'approche centrée vers les variables ont développé, avec le temps, des outils de plus en plus sophistiqués qui ont permis de tester différents modèles statistiques tout en réduisant les risques d'erreurs. Ce n'est pas encore le cas pour l'approche centrée sur la personne (Bergman et al., 1997). Toutefois, il nous apparaît que cette orientation, en permettant de classifier différemment les problèmes d'adaptation, ouvre des voies intéressantes pour l'évaluation de l'enfant en développement, donc nécessairement partiellement instable. Par exemple, les résultats de l'analyse statistique traditionnelle nous démontrent que les symptômes liés à l'anxiété de séparation et à la dépression diminuent chez les garçons et les filles en début d'adolescence (voir tableau 1). Avec l'approche centrée sur la personne, on se rend compte, que c'est vrai pour les enfants qui font partie de profils adaptés mais non pour ceux des profils mixtes ou intériorisés. S'attarder uniquement à des moyennes de symptômes fait en sorte que ces nuances sont occultées.

Dans la mesure où l'appartenance à un type soutient une prédiction à plus ou moins long terme, il nous semble, comme l'affirment LeBlanc et Morizot (2000), que l'efficacité du dépistage des problèmes d'adaptation peut être améliorée et que des interventions différentielles peuvent être proposées avec une efficacité accrue.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.

- Bennett, K. J., Lipman, E. L., Racine, Y., Offord, D. R. (1998). Annotation□: Do measures of externalizing behaviour in normal populations predict later outcome□? Implications for targeted interventions to prevent conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(8), 1059–1070.
- Bergman, L. R., (1998). A pattern-oriented approach to studying individual development. In R. B. Cairns, L. R. Bergman, J. Kagan (Eds.) . *Methods and models for studying the individual* (p. 83–122) Thousand Oaks. Ca.: Sage Publications.
- Bergman, L. R., Magnusson, D. (1997). A person-oriented approach in research on developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9, 291–319.
- Cairns, R. B., Rodkin, P. C. (1998). Phenomena regained. In R. B. Cairns, L. R. Bergman, J. Kagan (Eds.) . *Methods and models for studying the individual* (p. 83–122) Thousand Oaks. Ca.: Sage Publications.
- Cicchetti, D., Toth, S. (1991). A developmental perspective on internalizing and externalizing disorders. In D. Cicchetti et S. Toth (Eds.) *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (pp. 1–20). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costello, E. J., Angold, A., Keeler, G. P. (1999). Adolescent outcomes of childhood disorders: The consequences of severity and impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 121–128.
- Dugré, S., Trudel, M., Valla, J. P. (2001). Considérations individuelles et culturelles en santé mentale des enfants□: le Dominique à l'épreuve. *Revue canadienne de psychoéducation*, 30, 119–138.
- Dugré, S., Trudel, M. (soumis). Approche transversale de profils d'adaptation en santé mentale des filles et des garçons de 6–9 ans: une analyse typologique. *Revue canadienne des sciences du comportement*.
- Egeland, B., Pianta, R., Ogawa, J. (1996). Early behavior problems: Pathways to mental disorders in adolescence. *Development and Psychopathology*, 8, 735–749.
- Ghiselli, E. E., Campbell, J. P., Zedeck, S. (1981). *Measurement theory for the behavioral sciences*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Gottlieb, G. (1991). Experiential canalization of behavioural development: Theory. *Developmental Psychology*, 27, 4–13.
- Harrington, R. (1997). Évolution de la dépression. In M. C. Mouren-Simeoni et R. G. Klein (Eds.) . *Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent* (177–186). Paris: ESP.

- Hokanson, J. E., Butler, A. C. (1992). Cluster analysis of depressed college students' social behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*(2), 273–280.
- Kagan, J. (1969). Inadequate evidence and illogical conclusions. *Harvard Educational Review*, *39*, 274–277.
- Kamphaus, R. W., Petoskey, M. D., Cody, A. H., Rowe, H. W., Huberty, C. J. (1999). A typology of parent rated child behavior for a national U.S. sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(4), 607–616.
- Lambert, E. W., Wahler, R. G., Andrade, A. R., Bickman, L. (2001). Looking for the disorder in conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(1), 110–123.
- LeBlanc, M., Morizot, J. (2000). Le dépistage des problèmes d'adaptation: Stratégies et instruments. In F. Vitaro et C. Gagnon (Éds.). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. Québec: PUQ
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B. (1990). Mental health professionals' perception of the utility of children, mothers, and teachers informants on childhood psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*, 136–143.
- Loeber, R. (1991). Antisocial behavior: More enduring than changeable? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *30*, 393–397.
- Magnusson, D. (1998). The logic and implications of a person-oriented approach. In R.B. Cairns, L.R. Bergman, J. Kagan (Eds.) . *Methods and models for studying the individual* (pp. 33–82). Thousand Oaks. Ca.: Sage Publications.
- Moffit, T. E., Caspi, A., Dickson, N. Silva, P., Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial problems in males: Natural history from ages 3 to 18. *Development and Psychopathology*, *8*, 399–424.
- Pulkkinen, L. (1998). Levels of longitudinal data differing in complexity and the study of continuity in personality characteristics. In R. B. Cairns, L. R. Bergman, J. Kagan (Eds.). *Methods and models for studying the individual* (161–182). Thousand Oaks. Ca.: Sage Publications.
- Quinton, D., Rutter, M., Gulliver, L. (1990). Continuities in psychiatric disorders from childhood to adulthood in the children of psychiatric patients. In L. N. Robins et M. Rutter (Eds.). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. NY: Cambridge University Press.
- Santé Québec (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale de l'enfant de 6 à 14 ans*. Hôpital Rivière-des-Prairies. Montréal: Bibliothèque nationale du Canada.
- Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, *9*, 251–268.
- Steingberg, L., Avenevoli, S. (2000). The role of context in the development of psychopathology: A conceptual framework and some speculative propositions. *Child Development*, *71*(1).

- Tremblay, R. E., Masse, B., Perron, D., LeBlanc, M. (1992). Early disruptive behaviour, poor school achievement, delinquent behaviour and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 64–72.
- Trudel, M., Rascalon, E., Ouellette, R., Dugré, S. (2003). Analyse longitudinale de l'effet d'un programme d'intervention précoce sur la santé mentale d'élèves provenant de milieu socioéconomiquement faible. In F. Larose (dir.). *Difficultés d'adaptation sociale ou scolaire et intervention éducative* (pp. 11–138). Sherbrooke-Paris: Éditions du CRP/ L'Harmattan. Collection l'Intervention éducative.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Bérubé, H., Gaudet, N., St-Georges, M. (1994). A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6–11 years): Development, validity and reliability. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*, 403–423.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Bidaut-Russel, M., St-Georges, M., Gaudet, N. (1997). Reliability of the Dominic-R: A young child mental health questionnaire combining visual and auditory stimuli. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(6), 717–724.
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J. (1992). Six-year stability of parent-report problem behavior in a epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20* (6), 595–610.
- Visser, J. H., van der Ende, J., Koot, H. M., Verhulst, F.C. (1999). Continuity of psychopathology in youths referred to mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 1560–1568.
- Von Eye, A., Bergman, L. R. (2003). Research strategies in developmental psychopathology: Dimensional identity and the person-oriented approach. *Development and Psychopathology, 15*(3), 553–580.
- Wakefield, J. C. (1997). When is developmental disorder? Developmental psychopathology and the harmful dysfunction analysis of mental disorder. *Development and Psychopathology, 9*, 269–290.