

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
PATRICIA BERGER

LES SYMPTÔMES, LES CRITÈRES ET LES DIAGNOSTICS DU TROUBLE DES
CONDUITES, DU TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION, DU
TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR ET DU TROUBLE DYSTHYMIQUE SELON LE
GENRE CHEZ LES ADOLESCENTS

2002

2104

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Sommaire

Dans le contexte actuel de l'augmentation marquée des troubles extériorisés chez les filles, la question de la conceptualisation et de l'évaluation de ces troubles selon les différents genres prend tout son sens. Cette étude explore en profondeur les différences entre les garçons et les filles non seulement au niveau des diagnostics, mais pousse plus loin l'examen de ces différences en s'intéressant aux différences aux niveaux des critères et des symptômes. Ces différences sont étudiées pour quatre troubles de santé mentale typiques à l'adolescence, soit le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique. Au total, 64 participants ont participé à cette étude. Quarante de ceux-ci composent le groupe clinique et proviennent de deux Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Vingt-quatre participants forment le groupe témoin et proviennent d'une école de la région de la Mauricie. L'âge moyen des participants est de 15,5 ans. L'entrevue d'évaluation diagnostique utilisée est le *Diagnostic Interview Schedule for Children 2.25*. Les analyses statistiques démontrent que les filles présentent plus de diagnostics que les garçons, ceci particulièrement en Centres jeunesse. Le trouble des conduites affecte le plus grand nombre de participants suivi du trouble dépressif majeur, du trouble dysthymique et du trouble oppositionnel avec provocation. Au niveau des critères, les analyses révèlent qu'en général, les filles seraient aussi violentes que les garçons et présenteraient les mêmes critères que les garçons pour le trouble oppositionnel avec provocation. De plus, il s'avère que les filles en Centres jeunesse ont plus de pensées de mort et démontrent une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir. Concernant les

symptômes, les résultats révèlent que les garçons en Centres jeunesse font plus de vols à mains armées et ont une violence plus organisée contrairement au trouble oppositionnel où les genres se ressemblent. Les filles se distinguent des garçons et présentent des taux plus élevés tant au niveau des diagnostics, des critères que des symptômes du trouble dépressif majeur. Au niveau du trouble dysthymique, les filles présentent plus de symptômes associés à la tristesse. On retrouve de plus la présence de troubles concomitants où la plupart des troubles extériorisés se présentent conjointement aux troubles intériorisés. Les filles présentent en proportion plus importante une concomitance de ces troubles. En somme, ces résultats confirment qu'une définition et qu'une évaluation plus poussées des troubles de santé mentale typiques à l'adolescence qui distinguent les genres et les groupes sont d'une importance capitale.

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
CONTEXTE THÉORIQUE.....	11
MÉTHODE	
Participants.....	41
Instruments de mesure.....	43
Déroulement.....	45
RÉSULTATS.....	47
DISCUSSION.....	70
CONCLUSION.....	86
RÉFÉRENCES.....	88
APPENDICES.....	99
A... Critères du trouble des conduites.....	100
B... Critères du trouble oppositionnel avec provocation.....	102
C... Critères du trouble dépressif majeur.....	104
D... Critères du trouble dysthymique.....	106

Liste des tableaux

1. Prévalence des diagnostics pour chaque groupe et chaque genre.....	49
2. Résultats des analyses de chi-carré des diagnostics des quatre troubles à l'étude....	50
3. Résultats des analyses de chi-carré des critères significatifs du troubles des conduites en fonction de la variable genre et/ou groupe.....	52
4. Résultats des analyses de chi-carré des critères significatifs du trouble oppositionnel avec provocation en fonction de la variable genre et/ou groupe.....	54
5. Résultats des analyses de chi-carré des critères significatifs du trouble dépressif majeur en fonction de la variable genre et/ou groupe.....	55
6. Résultats des analyses de chi-carré des critères significatifs du trouble dysthymique en fonction de la variable genre et/ou groupe.....	57
7. Résultats des analyses de chi-carré des symptômes significatifs du trouble des conduites en fonction de la variable genre et/ou groupe.....	58
8. Résultats des analyses de chi-carré des symptômes significatifs du trouble oppositionnel avec provocation en fonction de la variable genre et/ou groupe.....	62
9. Résultats des analyses de chi-carré des symptômes significatifs du trouble dépressif majeur en fonction de la variable genre et/ou groupe.....	64
10. Résultats des analyses de chi-carré des symptômes significatifs du trouble dysthymique en fonction de la variable genre et/ou groupe.....	68

Remerciements

Je désire tout d'abord exprimer ma reconnaissance à ma directrice de recherche : Mme. Diane Marcotte pour tout le temps qu'elle a su me consacrer ainsi que pour ses précieux conseils et son expertise. Je désire aussi remercier les intervenants ainsi que les adolescents qui m'ont accueillis pour la cueillette de mes données. De ces établissements, je désire remercier tout particulièrement M. Albert Michaud du Pavillon Bourgeois de Trois-Rivières et Mme. Denise Grenier du Pavillon Laforest de Drummondville. Merci beaucoup Albert pour avoir cru en moi. Merci à Danielle Leclerc pour sa disponibilité ainsi qu'à l'École Chavigny de Trois-Rivières Ouest. Un grand merci aussi à mes parents qui sans eux, mon cheminement scolaire et la concrétisation de ce mémoire n'auraient été possible. Merci à toi Steve qui a su m'épauler et m'encourager dans ma rédaction. Finalement, merci à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à ce mémoire.

Introduction

Bien que la majorité des jeunes vivent la période de l'adolescence sans difficulté majeure, d'autres par contre éprouvent de sérieux problèmes (Ferland & Cloutier, 1996) tant intériorisés qu'extériorisés. La manifestation de ces difficultés bien que variant en sévérité peut avoir des conséquences très néfastes à court et long terme. Les abus de substances, les abandons scolaires, les grossesses précoces, les arrestations, les personnalités antisociales, les morts violentes (Zoccolillo, Tremblay, & Vitaro, 1996), les pauvres relations interpersonnelles et l'utilisation accrue des services de santé (Robins & Price, 1991), tels sont les conséquences reliées à ces divers troubles. Une autre conséquence tout aussi dévastatrice : le suicide. Ce dernier tend à être associé aux troubles dépressifs (Merikangas & Angst, 1995) puisque la plupart de ceux qui ont passé à l'acte souffraient de dépression (Lesage, 1999).

À première vue, les troubles extériorisés semblent être plus présents chez les garçons (Harris, Blum & Resnick, 1991) où la prévalence s'estime à 15,5% (Romano, Tremblay, Vitaro, Zoccolillo & Pagani, 2001) et les troubles intériorisés, plus présents chez les filles (Sethi & Nolen-Hoeksema, 1997) où la prévalence s'estime à 8,5% (Romano et al. 2001). À cet effet, Saint-Jacques, McKinnon et Potvin (2000) affirment :

Si les filles semblent éprouver moins de problèmes de comportements que les garçons, c'est souvent parce que leurs manières de manifester leurs difficultés s'expriment plus silencieusement. Lorsqu'on inclut dans une typologie de problèmes de comportements les problèmes intériorisés, on constate que les filles éprouvent aussi leur part de difficultés. (p.6).

Ainsi, plusieurs distinctions méritent d'être considérées concernant les dynamiques de fonctionnement propres à chaque genre. Par exemple, l'Hôpital Rivière-

des-Prairies en collaboration avec Santé Québec a présenté en 1989 les faits saillants concernant le profil de la santé mentale des jeunes québécois de 6 à 14 ans. Cette enquête a révélé une différence très nette entre les genres, les adolescentes (12 à 14 ans) rapportant quatre fois plus de troubles intériorisés que les adolescents. Ainsi, les filles se révèlent six fois plus déprimées que les garçons, présentent deux fois plus d'idées suicidaires et rapportent le taux de prévalence le plus élevé de troubles mentaux, soit 22.3% (Santé Québec, 1993).

Dans le présent mémoire, nous nous intéressons à cette question des différences entre les genres à l'intérieur de quatre diagnostics de santé mentale que l'on retrouve à l'adolescence. Ces diagnostics sont le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique. De plus, nous examinons les différences entre les genres dans la prévalence des critères et des symptômes qui déterminent la présence de chacun de ces troubles. Plus spécifiquement, nous voulons vérifier si la présence de ces troubles chez les filles s'exprime par des critères et des symptômes similaires ou différents de ceux retrouvés chez les garçons. De plus, une attention est portée à l'examen de la concomitance de ces troubles. Il est fort probable qu'il existe des différences au niveau des genres pour les diagnostics, mais ces différences n'ont pas fait l'objet jusqu'à ce jour d'études bien contrôlées évaluant non seulement les différences pour les diagnostics, mais aussi pour les critères et les symptômes.

Tout au long de cette étude, les quatre troubles étudiés le sont en relation avec leur appartenance à deux catégories, celles des troubles extériorisés et intériorisés. Ces notions renvoient à une diversité de difficultés. Les problèmes extériorisés (hyperactivité, impulsivité, abus de substances, fugues, comportements antisociaux...) réfèrent à des comportements orientés vers l'extérieur, alors que les problèmes intériorisés (retrait, dépression, anxiété, suicide, troubles de l'alimentation, plaintes somatiques...) réfèrent à des comportements orientés vers l'individu (Gaoni, Couper Black & Baldwin, 1998). Les troubles extériorisés étudiés comprennent le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation. Les troubles intériorisés étudiés comprennent le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique.

Contexte théorique

L'Association américaine de psychiatrie (1996) décrit le trouble des conduites de la manière suivante :

Un ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant. Cet ensemble de comportements est, dans les formes typiques, retrouvé à la maison, à l'école, avec les camarades et en société. Les problèmes liés à ces conduites sont plus graves que ceux rencontrés dans le trouble oppositionnel avec provocation. (p.58).

Ce trouble se caractérise dans les écrits comme l'un des plus perturbateurs dû à ses conséquences souvent très néfastes (Loeber & Keanan, 1994). Il réfère de plus à des comportements antisociaux de façon générale et est considéré sous l'angle du syndrome clinique lorsque la sévérité et la persistance vont de paire avec la détérioration du fonctionnement psychosocial (Frick, 1998a).

L'apparition de ce trouble peut se faire dès l'âge de 5 ou 6 ans mais en général, il se concentre davantage vers la préadolescence et l'adolescence proprement dite (Association américaine de psychiatrie, 1996). Certains critères doivent de plus être présents pour attribuer à ce trouble un diagnostic positif (Appendice A)¹.

Le trouble oppositionnel avec provocation est défini par l'Association américaine de psychiatrie (1996) comme « Un ensemble de comportements négatifs, hostiles et provocants, sans qu'il y ait violation plus grave des droits fondamentaux des autres tels qu'on en rencontre dans le trouble des conduites » (p.62). Les symptômes de ce trouble se manifestent d'abord à la maison pour s'étendre plus tard à l'environnement

de l'enfant et de l'adolescent en général (Association américaine de psychiatrie, 1996). Le cadre clinique est variable et dépend de l'interaction entre le tempérament de l'enfant, l'âge, les expériences précédentes et la manière d'être et d'agir des parents. Ces derniers perçoivent de plus fréquemment leurs enfants comme difficile, mauvais et éventuellement, anticipent le non respect et de l'ingratitude de la part de l'enfant (Egan, 1991).

Le terme dépression est utilisé et conceptualisé de diverses façons selon les études. Il demeure donc impératif de bien le situer dans le cadre de cette recherche. En effet, il peut être utilisé selon trois niveaux de classification à savoir : l'humeur dépressive, le syndrome dépressif et le trouble dépressif. Tout d'abord, l'humeur dépressive (sentiment dépressif) réfère à la dépression comme symptôme et donc, elle peut se retrouver chez chaque individu de façon situationnelle. Le syndrome dépressif (dépression clinique) pour sa part fait référence à la présence et à l'intensité d'une constellation de symptômes alors que les troubles dépressifs font référence à des critères diagnostiques précis en plus d'ajouter la notion de durée à l'intensité des symptômes (Marcotte, 1995). Cette présente étude s'intéresse aux troubles dépressifs.

L'épisode de dépression majeur se décrit ainsi :

La caractéristique essentielle est soit une humeur dépressive ou, chez l'enfant ou l'adolescent une humeur irritable, soit une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, associée à d'autres symptômes et persistant au moins deux semaines. (Association américaine de psychiatrie, 1996, p.246).

¹ Cette annotation prévaut pour les trois autres troubles à l'étude. Voir les appendices A, B, C & D.

Pour sa part, le trouble dysthymique se définit comme :

Trouble chronique de l'humeur à type d'humeur dépressive (ou chez l'enfant ou l'adolescent éventuellement à type d'humeur irritable) présente pratiquement toute la journée, la majeure partie du temps, pendant au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents). (Association américaine de psychiatrie, 1996, p.259).

Trois autres termes importants sont utilisés tout au long de cette étude. Il importe de bien les définir pour une meilleure compréhension. Tout d'abord, le terme symptôme réfère à chacune des questions utilisées dans l'entrevue diagnostique. La notion de critère fait référence à l'addition de symptômes spécifiques. La notion de diagnostic quant à elle réfère à une série de critères répondus positivement. Par exemple, un diagnostic peut s'avérer positif sans que tous les critères et symptômes soient positifs, mais doit nécessairement inclure un nombre minimal de critères pour être apposé. De plus, le terme « genre » sera utilisé plutôt que le terme « sexe ». Cette recherche se situant dans une perspective psychosociale, le concept «genre» est privilégié puisqu'il reconnaît une expérience de socialisation différente selon que l'adolescent est un garçon ou une fille. Le concept «sexe» se limite davantage à la dimension biologique (Giguère, 2000).

Trouble des conduites

Selon l'APA, le trouble des conduites est présent chez 6 à 16% des garçons alors que pour les filles, ce trouble se présente chez 2 à 9% d'entre elles (Association américaine de psychiatrie, 1996). Les études qui traitent du trouble des conduites au

terme de catégorie diagnostique exposent d'ailleurs ces différences de genre. Par exemple, Offord et al. (1987) ont trouvé des taux plus élevés chez le genre masculin à l'intérieur d'échantillons canadiens. Au Québec, les taux de prévalence de ce trouble varient entre 1% et 7% (Vitaro, Dobkin, Gagnon & LeBlanc, 1994) et ces taux apparaissent considérablement plus élevés chez les garçons que chez les filles à la préadolescence pour atteindre des taux plus semblables à l'adolescence (Zoccolillo & Huard, 1999). Toutes les études concernant la préadolescence constatent des différences au niveau de ce trouble qui serait plus commun chez les garçons que chez les filles (Zoccolillo, 1993). Romano et al. (2001) dans leur étude québécoise utilisant un échantillon d'adolescents dont la moyenne d'âge est de 15 ans ont trouvé des taux de trouble des conduites s'estimant à 3,3% chez les filles et à 9,1% chez les garçons. Ainsi, le taux de délinquance parmi la population adolescente est plus de deux fois supérieur chez les garçons comparativement aux filles (D'Amours 1995). Les garçons éprouvent jusqu'à quatre fois plus de problèmes de comportements extériorisés comparativement au genre féminin (Fortin & Bigras, 1997). Ceci laisse croire qu'il existe bel et bien des différences entre garçons et filles au terme du diagnostic proprement dit de trouble des conduites.

Les études laissent aussi entrevoir qu'il existe des différences au niveau des critères et des symptômes de ce trouble. À titre de comportements délictueux, les filles commettent des offenses de nature moins sérieuse et de plus faible fréquence que les garçons (Lenssen, Doreleijers, van Dijk & Hartman, 2000). Par exemple, les délits

féminins se regroupent autour des crimes contre les biens (Willemsen & Van Schie, 1989) et autour des offenses statutaires qui concernent majoritairement les fugues et la prostitution (Walgarve, 1992). À leur tour, les infractions plus typiques des garçons concernent les crimes sexuels, les vols, les offenses contre la loi publique et l'ordre ainsi que le vandalisme (Lenssen et al. 2000) . Par conséquent, les garçons expriment plus de trouble de l'opposition et de trouble des conduites (Belanoff, Casper et Offord, 1996 ; Déry, Toupin, Mercier, Pauzé & Fortin, 1996). Mathews (1998) quant à lui soutient que pour les adolescents, les taux de violence perpétrés seraient les mêmes pour les deux genres lors de la première offense, alors qu'une proportion de cette même violence plus élevée serait présente chez les garçons lorsque les offenses sont répétées.

Ces différences au niveau des genres se répercutent directement au niveau de la manifestation des différents troubles de comportements et donc, au niveau des symptômes s'y référant (Zoccolillo, 1993). Ainsi, les garçons et les filles manifestent conjointement le diagnostic de trouble des conduites mais selon des critères et symptômes distincts. Par exemple, les garçons se caractérisent au niveau de critères et symptômes plus violents comparativement aux filles alors que la délinquance féminine se caractérisent par des critères et symptômes beaucoup moins structurés, moins violents et davantage inscrits de pair avec la sexualité que ceux des garçons (Ferland et Cloutier, 1996).

Cependant, quatre études (Kashani et al., 1987, McGee et al., 1990, Leslie, 1974 et Esser, 1974) ont trouvé peu ou pas de différences dans la prévalence du trouble des conduites en fonction du genre. De plus, ces dernières années, des études suggèrent que les différences entre garçons et filles disparaissent c'est-à-dire, que les filles sont devenues aussi violentes et organisées que les garçons. Ainsi, bien que les filles soient encore identifiées «délinquantes» en raison de leurs inconduites sexuelles, une large proportion de celles-ci commettent maintenant des vols à mains armées, font partie de gangs criminalisés et font le trafic de drogues (Calhoun, Jurgens & Chen, 1993). Nous allons donc dans un premier temps vérifier ces différences globales quant aux diagnostics.

Plusieurs facteurs de risques sont à considérer en ce qui a trait à l'apparition de ce trouble. Ils peuvent être de nature sociale, familiale ou individuelle (Kann & Hanna, 2000) et peuvent varier selon l'âge et le genre (Kazdin, 1995). Par exemple, les caractéristiques de l'enfant (les compétences sociales, les événements stressants, la maladie physique, l'âge, le sexe...), les caractéristiques familiales (structure de la famille, psychopathologie des parents, relations parents-enfants, événements stressants...) et les caractéristiques socio-économiques sont autant de variables ayant de fortes répercussions sur ce trouble (Valla, Bergeron & Lageix, 1996a). Le genre masculin apparaît comme l'un des premiers facteurs de risque (Hinshaw & Anderson, 1996).

Le trouble des conduites peut se catégoriser en terme de sévérité (de l'argumentation aux assauts physiques), en terme de type de comportements (batailles et vols) et en terme de persistance. Les types de comportements peuvent se ranger selon divers degrés allant de conflits chroniques avec l'autorité (non respect, défiance, argumentation) à la violation de normes sociales (absentéisme scolaire, fugues) et à la violation sérieuse des droits des autres (agressions, vandalisme, vols, mettre le feu...) (Frick, 1998a).

Toujours selon ce dernier auteur, le trouble des conduites est très hétérogène au niveau des types et des causes mais aussi au niveau de la trajectoire de développement et de la réponse au traitement. Chez un premier groupe d'enfants, la séquence de développement suit une certaine progression dans laquelle l'enfant montre au départ des comportements d'opposition et d'argumentation en bas âge (entre 3 et 8 ans) alors qu'il progresse graduellement vers des comportements plus sévères (Frick, 1998a). Cette séquence réfère aux enfants dont le trouble débute avant l'adolescence et est appelée plus communément «the childhood-onset pattern». Elle a de plus fortes probabilités de continuer à l'âge adulte (d'où une appellation synonyme, « the life-course-persistent ») et regroupe la plupart du temps des garçons (Moffitt, Caspi, Dickson, Silva & Stanton, 1996).

Dans un deuxième groupe, les enfants commencent à démontrer des signes de comportements antisociaux à l'approche de l'adolescence, sans toutefois avoir démontré quelques problèmes d'opposition auparavant. On nomme cette séquence « the

adolescent-onset pathway » (Frick, 1998a). Cette séquence n'a que peu de probabilités de persister au-delà de l'adolescence, d'où le nom synonyme de « adolescence-limited » (Moffitt et al. 1996).

Ces deux trajectoires de développement divisent deux groupes distincts de garçons aux prises avec le trouble des conduites et tendent à représenter une relation inverse entre l'âge de début, la fréquence, le sérieux et la persistance du trouble (Lahey et al., 1999).

Lahey et Loeber (1994) ajoutent deux précisions à ces trajectoires. Premièrement, bien que la plupart des enfants démontrent des comportements d'opposition peu sévères au départ, un nombre considérable ne présenteront jamais la facette la plus sévère. Deuxièmement, un type sévère de trouble des conduites ne signifie pas que la nature des comportements ait changé mais plutôt, que l'intensité et la fréquence de ces mêmes comportements ont augmentés.

L'importance de ces distinctions pour les filles est toutefois beaucoup moins claire et pourrait même s'avérer inappropriée (Frick, 1998b). Les types et la progression des symptômes sont beaucoup moins connus chez les filles en raison de l'absence d'études s'étant attardées au mode de développement de ce trouble chez ces dernières durant l'enfance et l'adolescence (Zoccolillo & Huard, 1999). À cet effet, Silverthorn et Frick (1999) indiquent que les trajectoires définies pour les garçons ne sont pas

applicables pour décrire celles des filles. Ils proposent plutôt la présence d'une trajectoire de développement spécifique qu'ils appellent « the delayed-onset trajectory ».

En dépit de l'âge plus tardif de départ et de comportements de nature moins agressifs, ces filles présentent quelques caractéristiques similaires à celles des garçons dont les troubles ont débuté à l'adolescence (Frick, 1998b). Par exemple, elles tendent aussi à provenir de familles très dysfonctionnelles et présentent des taux élevés de dysfonctions neuropsychologiques et cognitives (Zoccolillo, 1993).

Nonobstant ces différences au niveau du développement chez les genres, ce ne sont pas tous les enfants dont les comportements sont antisociaux qui ont une forme persistante de comportements dysfonctionnels. C'est plutôt le mode répétitif de ces comportements en émergence qui discrimine le mieux les enfants qui vont persister à l'intérieur de ces problèmes, en comparaison de ceux qui ont un comportement relativement normal (Hämäläinen & Pulkkinen, 1996; Zoccolillo & Huard, 1999). Selon ces auteurs, certains de ces comportements seraient même considérés comme étant normaux durant la période de l'enfance et de l'adolescence.

Cette pluralité de séquence mène donc à différents styles d'approche dans l'étude des comportements inadaptés, allant de l'étude dimensionnelle à catégorielle. Alors que l'étude dimensionnelle traite un trouble spécifique en terme de continuum mais variant en gravité dans le temps, l'échelle catégorielle divise plutôt un trouble en catégories

distinctes selon cette même gravité. Par exemple, alors que les études dimensionnelles ont tendance à inclure parmi le trouble des conduites diverses variantes en sévérité, tel le trouble oppositionnel avec provocation, l'approche catégorielle conçoit plutôt ce dernier comme une entité distincte (Hinshaw & Anderson, 1996) tel la taxonomie actuelle à l'intérieur des diagnostics de santé mentale.

Trouble oppositionnel avec provocation

En termes épidémiologiques, le DSM-III-R établit le taux de prévalence du trouble oppositionnel avec provocation à 2.8% (Association américaine de psychiatrie, 1987) comparativement au DSM-IV qui révèle des taux variant entre 2% et 16% (Association américaine de psychiatrie, 1996) ceci, sans distinction du genre. Cet écart s'explique en majeure partie par la réduction du nombre de symptômes de cinq pour le DSM-III-R à quatre pour celui du DSM-IV, ce qui a pour effet d'augmenter substantiellement le nombre d'individus qui rencontrent les critères (Angold & Costello, 1996). Les différences de genre dans les prévalences s'estiment entre 0,5% à 9,1% pour les garçons âgés entre 6 à 14 ans alors que pour les filles, ce taux s'estime entre 0,0% à 2,8% pour le même niveau d'âge (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume & Gaudet, 1999). Carlson, Tamm et Gaub (1997) estiment quant à eux à 9% la prévalence de ce trouble dans une proportion de 13% chez les garçons et de 5% chez les filles. L'étude québécoise de Romano et al. (2001) quant à elle révèle des taux de prévalence du trouble oppositionnel à 0,5% pour les filles et à 0,6% pour les garçons. Valla et Bergeron

(1994) affirment que chez les enfants, la proportion de ce trouble est de deux pour un en faveur des garçons alors qu'à l'adolescence, les filles deviennent plus nombreuses à le manifester. Les études de Lewinsohn, Hops, Robert, Seeley et Andrews (1993) et Verhulst, van der Ende, Ferdinand et Kasius (1997) quant à elles n'ont trouvé aucune différence de genre dans les prévalences du trouble oppositionnel et ce, à l'aide du DSM-III-R (Lahey et al., 2000). Pour leur part, Saint-Jacques et al. (2000) affirment que de manière générale, ce trouble, comme celui des conduites serait le propre des garçons et plus particulièrement de ceux placés en centre de réadaptation. De manière plus qualitative, Carlson, Tamm et Gaub (1997) affirment que les filles diagnostiquées avec un trouble oppositionnel sont caractérisées comme ayant des comportements plus appropriés et ayant moins de problèmes d'attention que les garçons diagnostiqués avec ce même trouble. Toujours selon ces auteurs, les filles cependant sont moins heureuses et montrent des problèmes sociaux en plus grand nombre.

Ainsi, les études quant à la proportion du trouble oppositionnel avec provocation varient selon le genre. Vitaro et Gagnon, (1999), expliquent ces différences entre les genres selon deux hypothèses. La première affirme que ces différences sont due à un phénomène tardif du développement des manifestations d'agressivité et d'opposition chez la fille. La deuxième affirme qu'à l'adolescence, les garçons ayant été classifiés avec un trouble oppositionnel à l'enfance sont plutôt classifiés à l'intérieur du trouble des conduites par la suite. Toutefois, bien que la prévalence de ce trouble soit semblable

chez les filles comparativement aux garçons, les études de ce trouble chez le genre féminin sont rares (Kann & Hanna, 2000).

En effet, le trouble oppositionnel avec provocation, bien que fréquemment établi par les cliniciens et les épidémiologistes a fait l'objet de peu d'études spécifiques. Il a plutôt été traité jusqu'à récemment en conjonction avec le trouble des conduites, d'où une frontière mal définie entre ces deux troubles (Vitaro & Gagnon, 1999). Il est souvent caractérisé comme faisant partie d'actions normales du développement chez les enfants et la majorité de ceux diagnostiqués comme tel pendant l'enfance ne progresseront pas vers des troubles plus sérieux tel que le trouble des conduites (Hinshaw & Anderson 1996). Cette proximité du comportement normal rend problématique l'identification de ce trouble proprement dit (Vitaro & Gagnon, 1999). À ce sujet, l'Association américaine de psychiatrie (1996) indique qu'un critère doit être considéré seulement si le comportement en cause apparaît plus fréquemment que ce qui est typiquement et normalement observé chez un individu d'âge et de niveau de développement semblable. Cet aspect soulève toutefois la question de savoir où débute la ligne qui détermine si un comportement est plus ou moins fréquent de ce qui est typiquement observé (Angold & Costello, 1996).

Trouble dépressif majeur

La dépression représente un problème de santé mentale majeur chez les adolescents (Holsen, Kraft & Vitterso, 2000). Fleming et Offord (1990), font état de taux de dépression majeure variant de 0,4 à 6,4%. Romano et al. (2001) rapportent des taux de dépression plus élevés chez les filles (9,1%) que chez les garçons (1,4%). On observe par ailleurs des taux beaucoup plus élevés de dépression parmi les jeunes pris en charge par les Centres jeunesse (Saint-Jacques et al. , 2000). Par exemple, une étude réalisée par les Centres Jeunesse en septembre 2000 rapportent que les filles (19.5%) sont plus nombreuses que les garçons (4%) à présenter un diagnostic de dépression (Pauzé, Toupin, Déry & Mercier, 2000). Pourtant, bien que l'existence de différences entre les genres soit bien établie, les raisons expliquant ces différences sont beaucoup moins claires (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

De plus, la nature de la dépression change de l'enfance à l'adolescence ainsi qu'à l'âge adulte (Craighead, Curry & Ilardi, 1995). En effet, les symptômes dépressifs augmentent de l'enfance à l'adolescence et cette augmentation semble davantage reliée à la puberté qu'à l'âge chronologique (Rutter, 1986). Les résultats d'études longitudinales sur la dépression révèlent que bien que les garçons rapportent des taux plus élevés de dépression avant l'âge de douze ans, un renversement de la situation se produit suivant cet âge (Merikangas & Angst 1995; Reinherz et al., 1993). En effet, d'une prédominance de garçons comparativement aux filles avant la puberté, ces dernières

deviendraient à leur tour plus dépressives par la suite et ce, dans un ratio de deux pour un (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Radloff (1991) situe cette hausse particulière durant l'adolescence entre 13 et 15 ans, pour atteindre un sommet vers l'âge de 17 et 18 ans. En ce qui concerne la répartition des sexes, un résultat émerge de façon constante : les filles dépressives sont plus nombreuses que les garçons dépressifs (Petot, 1999). De même, il n'existerait pas de changements substantiels dans les scores moyens de dépression chez le garçon alors que chez la fille, une tendance curviligne existerait d'où le niveau le plus élevé se retrouverait au milieu de l'adolescence (Holsen, Kraft & Vitterso, 2000).

L'émergence de ces différences sexuelles à l'adolescence constitue donc un sujet controversé (Hammen & Rudolph, 1996). Cinq types d'hypothèses différentes ont été proposés par Nolen-Hoeksema (1987) pour expliquer ces différences sexuelles : les facteurs biologiques, les facteurs génétiques, les rôles sexuels et finalement, l'explication par l'impuissance apprise, appelé communément « learned helplessness ».

Les facteurs biologiques affirment que le genre féminin est particulièrement enclin à la dépression en raison de changements hormonaux particulièrement prédominants à différentes périodes de la vie tels les menstruations et la maternité. La prédisposition génétique affirme que le genre féminin serait plus enclin à hériter génétiquement de ce trouble. Ces explications sont toutefois peu supportées par les études empiriques. L'explication relative au rôle sexuel quant à elle comprend plusieurs

catégories. L'une d'elle est représentée par l'hypothèse de l'intensification des genres de Hill et Lynch (1983). Cette hypothèse propose que les changements pubertaires suscitent une préoccupation accrue chez les adolescents quant à la signification de leur genre; ceux-ci tendent à s'identifier plus intensément aux stéréotypes associés à leur genre respectif (Marcotte & Gosselin 1997). Dans ce contexte, les filles deviendraient alors plus enclines à la dépression en raison de leurs rôles caractérisés de plus « dépressogène». L'endossement d'un rôle sexuel féminin serait potentiellement plus stressant (Wichstrom, 1999), alors que les caractéristiques du genre masculin agiraient comme facteur de protection contre la dépression (Marcotte, Alain & Gosselin, 1999). Finalement, l'explication de l'impuissance apprise (Seligman, 1975) consiste en une série de déficits motivationnels, cognitifs et affectifs qui, en présence d'événements négatifs, seraient plus générateurs de dépression chez le genre féminin. Les facteurs prédisposants à la dépression seraient donc différents; ceux des filles seraient plus présents à l'adolescence (Nolen-Hoeksema, 1987).

D'autres explications soutiennent à leur tour que les facteurs prédisposants seraient les mêmes pour les deux sexes, à la différence de leur prévalence accrue chez la fille à l'adolescence. Finalement, des différences au niveau des styles de personnalité feraient en sorte de rendre le genre féminin plus vulnérable à la dépression selon ses caractéristiques propres (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Par exemple, la puberté et le changement d'école vers l'âge de douze ans sont souvent synchronisés et augmentent la propension aux troubles dépressifs. Cette affirmation est surtout vraie en ce qui

concerne les filles. Chez celles-ci, les signes de la puberté coïncident avec le changement d'école alors que pour les garçons, ces signes suivent (Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991). En d'autres mots, l'émergence des différences sexuelles dans la dépression à l'adolescence s'expliquerait par des réactions différentes à la puberté. D'abord, parce que les filles apprécient moins que les garçons les changements physiques qui pour elles, sont associés à la perte de l'image corporelle pré-pubère valorisée dans notre société, alors que pour les garçons, ces changements sont synonymes de masculinité (Marcotte, 1995). Et ensuite, parce que les filles vivent deux stress normatifs en synchronicité, soit l'arrivée de la puberté et la transition primaire-secondaire (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994 ; Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon (sous presse). Jusqu'à ce jour, cette explication est la plus retenue et fait l'objet du plus grand nombre d'études.

Trouble dysthymique

Dans une revue critique de 14 études épidémiologiques canadiennes, Fleming et Offord (1990), estiment que le taux de prévalence de la dysthymie à l'adolescence oscillent entre 1,6 et 8 %. En ce qui a trait à la répartition selon les genres, plus de filles (5,9%) que de garçons (1,3%) présentent ce trouble (Romano et al., 2001).

Le trouble dysthymique est plutôt nouveau dans la nomenclature diagnostique (Lewinsohn, Rohde, Seeley & Hops, 1991) et il est difficile de le distinguer de la

dépression majeure, ces deux entités partageant les mêmes symptômes et se distinguant que sur les variables de durée et de sévérité (Association américaine de psychiatrie, 1987). Comme conséquence, très peu d'études spécifiques à ce trouble concernant le genre et de surcroît à l'adolescence ont été réalisées jusqu'à maintenant. Ceci fait en sorte que la dysthymie est un trouble peu étudié et souvent mal diagnostiqué. La spécificité de ce trouble semble plutôt se fondre à travers le diagnostic de dépression majeure. Et malgré la concomitance élevée entre la dépression majeure et la dysthymie, ces deux diagnostics sont cependant traités comme des entités distinctes (Lewinsohn, Rohde, Seely & Hops, 1991). Ainsi, d'importantes distinctions sont à considérer entre ces deux troubles de l'humeur. Alors que la dépression majeure consiste en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs qui tranchent avec le fonctionnement habituel de la personne, la dysthymie est pour sa part caractérisée par des symptômes dépressifs chroniques moins sévères qui persistent au minimum un an (Association américaine de psychiatrie, 1996). L'ordre temporel tend à présenter la dysthymie comme précurseur de la dépression majeure (Lewinsohn, Rhode, Seely & Hops, 1991).

Le fait de décrire la dysthymie comme étant une dépression d'intensité légère à modérée laisse croire en une forme bénigne de pathologie dépressive. De plus, le fait selon lequel la dysthymie « pure » affecterait un peu moins d'un quart des gens amène les chercheurs à poser la question de l'utilité à traiter ce diagnostic comme distinct de la dépression (Lewinsohn, Rhode, Seeley & Hops, 1991). Pourtant, le nombre d'adolescents répondant à ce trouble serait plus important que pour la dépression

majeure (American Academy of child and adolescent psychiatry, 1998) et les recherches ont démontré qu'au contraire, bien que les symptômes de la dysthymie ne soient pas aussi sévères que ceux pour la dépression majeure, ils causent autant sinon plus de détériorations du fonctionnement au niveau psychosocial (American Academy of child and adolescent psychiatry, 1998). La méconnaissance de ce trouble appariée à la gravité de ses conséquences fait en sorte qu'il mérite une attention particulière.

Concomitance

Additionnée à l'hétérogénéité, la concomitance complexifie encore davantage la compréhension des troubles à l'étude (Hammen, 1997). Pendant plusieurs années, la recherche s'est penchée sur l'étude des troubles mentaux à l'état pur. Ce n'est que récemment que les troubles mentaux sont étudiés conjointement avec d'autres troubles (Garnefski & Diekstria, 1997) et pourtant, ce phénomène de la concomitance se distingue pour plusieurs troubles (Mc Conaughy & Achenbach, 1994). En effet, les troubles de comportements extériorisés et intériorisés se présentent rarement seuls et sont très souvent concomitants, ce que rapporte entre autre Rey (1994). Les études sur la concomitance rapportent les faits suivants. Tout d'abord, la dépression majeure, la dysthymie ainsi que le trouble anxieux se présentent fréquemment avec le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention (Sholevar, 1995). Zoccolillo (1992) estime entre 15% et 31% la concomitance entre le trouble des conduites et le trouble dépressif alors qu'Angold et

Costello (1993) estiment entre 21% et 83% la concomitance entre la dépression majeure et le trouble des conduites ou le trouble oppositionnel avec provocation. La dépression est également souvent concomitante avec des troubles anxieux et des troubles de l'alimentation et ce, particulièrement chez les filles (Loeber & Keenan, 1994) alors que les problèmes de comportements extériorisés tel le trouble de l'opposition peuvent à leur tour être associés à un état dépressif (Brage, 1995). Par exemple, Burket et Myers (1995) ont établi à l'intérieur d'une population clinique que les catégories dépression et anxiété font partie des plus communs diagnostics concomitants au trouble des conduites et de l'opposition (Zoccolillo, 1992).

La concomitance tend à se présenter tant pour les deux genres que pour des âges différents. Ainsi, la concomitance est souvent de paire avec l'âge de début des troubles, ceux-ci ayant tendance à augmenter ou à diminuer en sévérité avec l'âge (Lahey & Loeber, 1997). Par exemple, la concomitance des troubles dépressifs avec le trouble des conduites chez le genre masculin tend à diminuer avec l'âge alors que pour le genre féminin, la tendance inverse se produit (Loeber & Keenan, 1994).

Ces tendances retrouvées chez les troubles concomitants empruntent la même tangente que pour les troubles retrouvés à l'état pur. Ainsi, comme les troubles extériorisés sont retrouvés majoritairement chez les garçons et les troubles intériorisés chez les filles, la concomitance impliquant ces troubles suit la même tendance. Ainsi, la concomitance des troubles extériorisés est davantage présente chez les garçons et la

concomitance impliquant des troubles intériorisés est davantage présente chez les filles (Stahl & Clarizio, 1999). Quant à la séquence de développement, il existe deux hypothèses. La première propose que les troubles dépressifs seraient précurseurs des troubles de l'opposition et des conduites alors que la deuxième propose plutôt le contraire, c'est-à-dire que le trouble des conduites et de l'opposition seraient précurseurs des troubles dépressifs (Loeber & Keenan, 1994).

Ainsi, les troubles affectifs sont en relation avec les comportements antisociaux (Pliszka, Sherman, Barrow & Irick, 2000). En effet, dès les années 80, Kovacs, Paulauskas, Constantine et Richards (1988) faisaient état de la dépression et du trouble des conduites comme un exemple commun de concomitance.

La concomitance au niveau des troubles psychiatriques peut avoir plusieurs implications sur la sévérité des comportements, sur ses résultantes ainsi que sur les différents traitements proposés (Garnefski & Diekstria 1997). Par exemple, au niveau des résultantes, les enfants référés et diagnostiqués à la fois avec un trouble des conduites et un trouble dépressif montrent des conséquences à court terme plus néfastes et un risque plus élevé de criminalité à l'âge adulte et ce, contrairement à des enfants dépressifs sans diagnostic de trouble des conduites (McConaughy & Achenbach, 1994). Autre exemple, le trouble d'hyperactivité avec déficit d'attention est fréquemment présent chez les enfants présentant un trouble des conduites et la présence de ces deux

troubles réunis amène un pronostic plus sombre comparativement au pronostic de chacun de ces troubles pris isolément (Taylor, 1994).

Le portrait semble toutefois différent lorsque l'on parle de trouble des conduites pur versus en concomitance avec un trouble d'intériorisation. En effet, certains auteurs dont Zoccolillo et Huard (1999) croient que les sujets qui présentent à la fois un trouble des conduites et un trouble d'intériorisation ne sont pas considérés comme différents de ceux ne possédant que le trouble des conduites. Deux considérations sont à la base de ce point de vue. Premièrement, les troubles intériorisés disparaissent et réapparaissent, justifiant par le fait même l'alternance entre les termes «pur» et «mixte». Deuxièmement, plus le trouble des conduites est sérieux, plus grand est le risque de trouble d'intériorisation. Les individus présentant à la fois des problèmes intériorisés et extériorisés tendent à présenter une adaptation moindre et des problèmes plus aigus (Capaldi, 1991).

Selon Stahl et Clarizio (1999), l'étude du concept de la concomitance nécessite toutefois d'être relativisée pour quatre raisons et ce, en ce qui concerne le trouble des conduites plus particulièrement. Premièrement, il demeure difficile de distinguer entre la concomitance réelle et celle résultant d'artéfacts en raison des symptômes du trouble des conduites qui peuvent à la fois se retrouver comme faisant partie d'un autre diagnostic. Deuxièmement, la concomitance demeure souvent plus caractéristique d'un sous-groupe en particulier (type à début pendant l'enfance versus type à début pendant

l'adolescence). Troisièmement, que la concomitance tend à être toujours plus élevée à l'intérieur d'échantillons cliniques plutôt que normatifs et quatrièmement, que les connaissances actuelles sur la concomitance et sur celle du trouble des conduites plus particulièrement sont basées essentiellement sur des échantillons de genre masculin.

Ainsi, la psychopathologie changeant sans cesse au cours du développement, les informations recueillies à l'aide de modèles unidimensionnels ont pour conséquences de limiter et même de mal représenter le phénomène lui-même (Valla & al. ,1996a ; Lahey & al. , 2000). De nombreux chercheurs suggèrent qu'en plus d'examiner les problèmes de comportements un à un, il est nécessaire de s'intéresser à leur concomitance (Saint-Jacques & al, 2000). Selon Marmorstein et Iacono (2001), il est important de connaître les similarités et les différences à la fois chez les participants présentant des troubles à l'état pur et chez les participants présentant des troubles en concomitance, spécialement lorsque ces troubles sont eux-mêmes concomitants. Ces auteurs appuient l'importance de cette distinction dans le but de connaître si chaque trouble a un effet direct ou si l'interaction de deux troubles ou plus est particulièrement déterminante dans la détérioration du fonctionnement.

Peu de connaissances sont disponibles jusqu'à ce jour sur la concomitance chez les enfants et les adolescents malgré que plusieurs études épidémiologiques et cliniques suggèrent que la concomitance soit fréquente à ces âges (Rey, 1994). Mieux comprendre l'étendue et la concomitance entre les problèmes de comportements en lien

avec divers autres troubles demeure alors primordial pour le développement de stratégies et de cibles d'interventions (Huizinga, Loeber, Thornberry & Cothorn, 2000).

En résumé, les filles manifestent beaucoup plus de symptômes à l'intérieur de comportements dits intériorisés, alors que les garçons les manifestent plus en terme de comportements dits extériorisés (Gjerde, Block & Block, 1988). Et bien que l'existence de différences au niveau des genres soit souvent relatées, les raisons de ces différences quant à elles sont peu claires et peu documentées (Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

Limite des connaissances actuelles et question de recherche

Bien qu'un nombre considérable de recherches aient porté sur les troubles auxquels nous nous intéressons, une mince attention a été portée à l'examen des similarités et des différences dans l'expression et le développement des comportements antisociaux propres aux garçons et aux filles (Silverthorn & Frick, 1999). De plus, la plupart des recherches se sont plutôt concentrées sur le genre masculin (Kann & Hanna, 2000). On connaît donc peu de choses sur la présence du trouble des conduites et du trouble oppositionnel chez les filles (Atkins, McKay, Talbott & Arvanitis, 1996). Divers constats s'ensuivent et sont attribuables à cette limite de l'étude. Par exemple, les troubles de comportements extériorisés chez les filles ne sont pas bien compris par les chercheurs et sont sous étudiés par le personnel œuvrant dans le domaine de la santé

mentale, ceci sans égard au fait que le trouble des conduites représente le deuxième diagnostic le plus fréquent chez les filles (Kann & Hanna, 2000). Pourtant, les problèmes comportementaux ne peuvent être étudiés sans considérer les différences au niveau des genres (Lahey et al. , 2000; Zoccolillo, 1993).

Les critères utilisés pour établir les diagnostics ont quant à eux variés selon les études (Zoccolillo & Huard, 1999), ajoutant ainsi aux divergences. En effet, les taux élevés de troubles extériorisés chez les garçons comparativement aux filles soulèvent la question des facteurs associés aux troubles eux-mêmes en comparaison à ceux associés au genre (Déry et al., 1996). Par exemple, Zoccolillo (1993) soutient qu'il est impossible d'assumer que le trouble des conduites est plus commun chez les garçons et ce, en raison de nombreuses recherches divergentes à ce niveau d'une part et que d'autre part, ce trouble demeure le deuxième plus important trouble psychiatrique chez les filles. Toujours selon Zoccolillo (1993), différents critères doivent permettre d'évaluer ce trouble en fonction du genre et ce, pour les raisons suivantes : (a) certains comportements sont plus communs à un genre en particulier (b) certains critères ne doivent pas avoir le même seuil d'acceptation selon le genre pour les diagnostics et (c) que le ratio adolescents/adolescentes varient selon la période où le jeune se situe. Tavis (1992) va dans le même sens que Zoccolillo (1993) et suggère d'élargir les définitions de la santé mentale ainsi que ses ajustements pour y inclure des critères à la fois pour les garçons et les filles. Ces considérations font suite à diverses constatations dont celle selon laquelle les changements de critères du DSM-III au DSM-III-R et IV ont eu pour

effet de diagnostiquer moins de filles que de garçons présentant un trouble des conduites (Zoccolillo, Tremblay & Vitaro, 1996).

De plus, les professionnels ne sont pas arrivés à établir un consensus dans leurs tentatives d'une définition durable des troubles dits de comportements (Gaoni, Couper Black & Baldwin 1998), ces derniers étant définis de manière disparate (Lahey et al. 1999). En effet, les écrits des trente dernières années ont utilisé un caractère vague et général pour définir différentes problématiques, utilisant des définitions variées et inconsistantes telles délinquance, troubles de comportements et déviance (Beaudoin, Brousseau, Simard, Trottier & Vachon, 1991). À titre d'exemple, les études suggèrent des taux différents de la violence perpétrée chez les filles et les garçons selon la définition de la violence (Leschied, Cummings, Van Brunshot, Cunningham & Saunders, 2001). Ajoutées à ces éléments, les connotations de violence et d'agressivité viennent aussi teinter les résultats de ces recherches. À ce sujet, les filles antisociales sont généralement moins violentes et agressives (McGee et al., 1990). Un problème se pose donc quant à la dimension des DSM-III-R et IV, puisque ces derniers font souvent référence à la violence pour déterminer ou non la présence du trouble des conduites alors que des caractéristiques antisociales définies comme non agressives caractérisent tout aussi bien ce trouble (Zoccolillo & Huard, 1999).

Ces différents termes sont de plus difficiles à définir précisément en raison de perceptions individuelles ou d'évaluations personnelles (Kauffman, 1997). En effet, la

façon dont on perçoit les problèmes des jeunes dépend en grande partie du champ d'exercice professionnel et vient ajouter à ces difficultés (Beaudoin et al. , 1991).

Aussi, les taux de prévalence des différents troubles tant extériorisés qu'intériorisés ainsi que les conclusions des recherches réalisées jusqu'à maintenant sont affaiblies de par la multiplicité des informants et du faible accord entre ceux-ci (Valla, Bergeron & Lageix, 1996b), d'outils de mesures inadéquats et/ou trop restrictifs (Valla et al., 1996b), de l'usage de méthodologies différentes (Sholevar, 1995), de populations différentes variant de normatives à cliniques (Poznanski & Mokros, 1994), de groupes d'âge différents, de critères variés pour établir les diagnostics, de cadres temporels différents (6 mois versus 12 mois) (Lahey, Miller, Gordon & Riley, 1999).

Autre critique, les taux de prévalence plus élevés chez le genre masculin comparativement au genre féminin quant à la délinquance sont trompeurs dans un sens. En effet, les problèmes extériorisés seraient plus souvent et plus facilement diagnostiqués que les problèmes que l'on retrouve le plus souvent chez le genre féminin et qui se rapportent à des troubles intériorisés (Hammen, 1997). Ceci peut se traduire par le fait que les problèmes dits plus apparents et visibles par conséquent, les troubles extériorisés ont plus de probabilités d'être détectés que ceux moins visibles (troubles intériorisés) (Romano et al., 2001). Toujours selon ces auteurs, les troubles intériorisés causent souvent moins de diminution du rendement dans différentes sphères (école, maison et avec les pairs) que le font les troubles extériorisés. Ainsi, dû au fait que les

comportements agressifs des filles ne sont pas exprimés aussi ouvertement que ceux des garçons, il est probable que ces derniers soient plus souvent référés que les filles pour ce type de problèmes et que lorsque celles-ci le sont, on les retrouve avec des patrons de comportements beaucoup plus sévères (Kann & Hanna, 2000). L'aspect du développement de ces psychopathologies chez les enfants et les adolescents complique de surcroît les évaluations, de nombreux symptômes psychiatriques faisant à un moment ou à un autre partie des phénomènes normaux du développement (Valla et al. , 1996b).

L'augmentation de la délinquance chez les filles devrait aussi tenir compte du phénomène du taux de base, lequel peut en quelque sorte biaiser la perception de l'augmentation réelle de la délinquance féminine. Ce phénomène définit cette délinquance comme étant à la base moins présente en terme de prévalence que celle des garçons (Leschied, Cummings, Van Brunschot, Cunningham et Saunders, 2001). Ainsi, l'augmentation de ce taux peut avoir comme conséquence une augmentation biaisée de la délinquance féminine alors qu'en réalité, l'augmentation est plus minime. (Steffensmeier, 1978). Malheureusement, ces taux de base sont rarement pris en considération.

On constate également que les études n'utilisent pas toujours un groupe témoin pour déterminer ce qui est spécifique au trouble et ce qui est spécifique au genre (Déry et al. , 1996). Au niveau du trouble dépressif majeur plus spécifiquement, l'incidence et la prévalence de cette problématique demeurent difficile à établir de façon précise

(Marcotte, 1995) et ce, en raison des mêmes explications au niveau des définitions que celles relevées pour le trouble des conduites. Le fait que les échantillons soient souvent pris à l'intérieur d'écoles (population non clinique) limitent de plus la généralisation des résultats (Marcotte, Alain & Gosselin, 1999) dans le sens où la connaissance exhaustive de ce trouble se limite à une population précise au lieu d'englober une population plus hétérogène.

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de comparer un groupe clinique de garçons et de filles adolescents en provenance de deux Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec à un groupe témoin en provenance d'un milieu scolaire sur quatre diagnostics de troubles de santé mentale. La prévalence des quatre diagnostics sera évaluée chez les garçons et les filles de chacun des groupes. Ensuite, les filles et les garçons de ces deux groupes seront comparés au niveau des critères puis des symptômes qui composent les quatre troubles à l'étude. La concomitance des quatre troubles sera de plus évaluée. Les hypothèses sont les suivantes : a) les écrits ne permettent pas de se positionner quant au fait que les garçons présentent plus de troubles des conduites que les filles et ce, particulièrement dans un groupe clinique, b) les filles sont plus déprimées que les garçons tant dans une population clinique que dans une population scolaire c) les quatre troubles à l'étude se retrouvent plus fréquemment en concomitance plutôt qu'à l'état pur.

Méthode

Participants

Le recrutement des participants s'est effectué sur une base volontaire. Le consentement de chaque participant a été recueilli. L'échantillon à l'étude est constitué de 64 adolescents au total. Les participants sont regroupés selon deux groupes distincts; un groupe clinique (n=40) et un groupe témoin (n=24). Les adolescents faisant partie du groupe clinique proviennent de deux centres de réadaptation des Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les participants du groupe Centres jeunesse sont répartis également selon leur provenance de l'un ou l'autre des centres de réadaptation. Vingt proviennent de chacun des deux centres de réadaptation participant. L'échantillon du groupe Centres jeunesse comprend pour chaque établissement, un ratio équivalent de participants féminins (n=10) et de participants masculins (n=10). L'âge de ces derniers se situe entre 14 et 17 ans. L'âge moyen est de 15.5 ans; 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons. Ces jeunes sont tous placés dans le cadre de la loi sur les jeunes contrevenants (LJC) ou de la loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). Bien que ceux regroupés dans le cadre de la loi sur la protection de la jeunesse l'aient été par mesure de protection, ils ont aussi été placés en raison de problèmes de comportements. Deux participants ont dû être exclus de l'échantillon du groupe témoin en raison de leur provenance ethnique. Ces jeunes vivaient dans les réserves du Nord québécois. La langue maternelle de ces participants n'étant pas le français, ces derniers éprouvaient beaucoup de difficultés de compréhension face à la langue québécoise et donc, face aux questions posées.

Outre l'âge, deux autres critères ont été appliqués. Premièrement, chaque participant devait résider en centre d'accueil depuis moins de six mois et devait avoir demeuré que de courts séjours en centre d'accueil, de manière à ce que l'addition de ces séjours ne dépassent pas six mois ou un an. Le but de ce critère était de répondre à l'exigence du trouble oppositionnel (DSM-III-R) qui réfère à une période maximale de six mois ainsi qu'au trouble des conduites et au trouble dysthymique, qui réfèrent à une période maximale de un an. Ce critère permettait également que les réponses des participants concernant les troubles extériorisés ne soient pas biaisées de par leur vécu en centre d'accueil où les possibilités d'actes délinquants et d'opposition sont moindres. Concernant le trouble dysthymique, nous avons voulu éviter que ce trouble puisse être présent en raison de longs séjours en centre d'accueil. Deuxièmement, les participants ne devaient pas présenter de déficits intellectuels importants et ce, en raison du questionnaire utilisé qui exige un niveau cognitif adéquat.

Le groupe témoin comportait 26 participants à l'origine. Cependant, pour appairer les participants de ce groupe à ceux des Centres jeunesse sur le critère de l'âge, nous avons enlever de ce groupe deux sujets dont l'âge était de 18 ans au moment de la passation du questionnaire. Ainsi, les deux groupes comprenaient une étendue d'âge entre 14 et 17 ans. Le groupe témoin est donc constitué de 24 participants qui proviennent d'une école secondaire de la région de la Mauricie. Cet échantillon comprend 10 garçons dont l'âge moyen est de 16 ans et 14 filles dont l'âge moyen est de

15,5 ans. Le seul critère de sélection pour les participants de ce groupe outre l'âge est la participation libre.

Instrument de mesure

L'entrevue diagnostique pour enfants : *Diagnostic Interview Schedule for Children, version 2.25* (DISC 2.25) (Costello, Edelbrock, Kalas, Kessler, & Klaric, 1982) a été utilisée dans la présente étude. Il s'agit de la traduction française du DISC 2.25 élaborée par Bergeron, Valla et Breton (1992) dans le cadre de l'enquête québécoise sur la santé mentale des enfants et des adolescents de 6 à 14 ans (Santé Québec, 1993). Le DISC-2.25 est une entrevue structurée permettant l'évaluation des problèmes de santé mentale des enfants de 9 à 17 ans. Il est conforme aux critères du DSM-III-R (Association américaine de psychiatrie, 1987) permettant d'identifier la présence de symptômes et d'établir un ou des diagnostics (Valla & Bergeron, 1994). Il est à noter qu'un tel instrument basé sur le DSM-IV validé en version française n'est pas encore disponible.

L'administration de cette entrevue diagnostique peut se faire par des interviewers non professionnels en santé mentale (Valla & Bergeron, 1994) mais nécessite une formation au préalable. En plus des questions mesurant les troubles mentaux, ce questionnaire comprend une mesure de l'adaptation définie à l'aide de trois questions sur le fonctionnement du participant et ce, dans trois sphères différentes à savoir : à la maison, avec les pairs et à l'école (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume & St-Georges,

1998). Huit troubles fréquemment diagnostiqués chez les adolescents à partir de l'axe I (trouble clinique) ont été mesurés à l'aide de cet instrument. Ces troubles sont les suivants : phobie simple, trouble panique avec ou sans agoraphobie, anxiété généralisée/hyperanxiété, troubles de l'alimentation (anorexie mentale/boulimie), dépression majeure/trouble dysthymique, trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites ainsi que hyperactivité avec déficit de l'attention. Chacun de ces troubles est présenté sous forme de modules indépendants. Le clinicien ou le chercheur a donc l'avantage d'utiliser ces modules de façon indépendante selon ses besoins ou bien, de les englober de manière à obtenir une meilleure compréhension de la problématique du participant. Cette dernière option demeure optimale si l'on tient compte de la présence importante de la concomitance de divers troubles chez les jeunes. Dans la présente étude, nous avons cependant retenu quatre de ces troubles pour fin de recherche et d'analyses (le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique).

La majorité des questions posées par l'expérimentateur laissent peu de latitude au répondant, celui-ci devant répondre par « oui », « non », « quelquefois » ou « un peu ». Cette procédure vise à fournir une plus grande rigueur à la passation. Certaines questions seulement sont ouvertes dans le but d'obtenir de l'information supplémentaire. Au total, 253 questions composent ce questionnaire. Les réponses obtenues en cours de passation par le jeune orientent les questions suivantes devant être posées. À titre d'exemple, la présence ou non d'un symptôme détermine la procédure à suivre pour

évaluer la fréquence, l'intensité ainsi que les critères d'exclusion du dit symptôme par les questions subséquentes. Une échelle de temps accompagne le questionnaire. Celle-ci permet au participant de se situer visuellement dans le temps et ce, à partir de repères déterminés avec l'expérimentateur par une méthode systématique au début de l'entrevue.

Les qualités psychométriques de la version française de cet instrument sont bien établies. L'étude de la consistance interne de la dépression majeure et de la dysthymie varie entre .80 et .90. Elle se situe à .61 pour le trouble oppositionnel avec provocation et à .63 pour le trouble des conduites. En terme de fidélité, les coefficients de kappas obtenus pour la dépression majeure et la dysthymie varient de .53 à .55. Il est de .49 pour le trouble des conduites. Concernant le trouble oppositionnel, le kappa n'est pas disponible. L'analyse de la stabilité test-retest des scores de symptômes révèle des coefficients de corrélation intra-classe excellents pour la dépression majeure et pour la dysthymie (.73 à .83), de bons coefficients pour le trouble oppositionnel avec provocation (.75) et d'excellents coefficients pour le trouble des conduites (.84) (Valla et al., 1992).

Déroulement

La période d'expérimentation du groupe témoin s'est déroulée au printemps 1998 alors que celle du groupe Centres jeunesse s'est déroulée à l'automne 1999 et à l'hiver 2000. Les participants des Centres jeunesse ont été rencontrés aux centres d'accueil

alors que les participants du groupe témoin ont été rencontrés dans les locaux de leur école. Tous les participants ont été rencontrés pour une entrevue d'une durée variant d'une heure à une heure trente. Une pause a été prise pour chaque participant au milieu de l'entrevue. Les entrevues avec les participants du groupe témoin ont été menées par deux étudiantes à la maîtrise en psychologie ayant été formées au préalable à l'utilisation du DISC-2.25. Celles du groupe Centres jeunesse ont été menées par nous. La formation reçue est conforme à celle offerte par l'unité de recherche de l'Hôpital Rivières-des-Prairies où s'est déroulée l'enquête Santé Québec.

Résultats

Dans les pages qui suivent, les résultats obtenus pour les diagnostics, les critères et les symptômes sont présentés pour l'ensemble des participants. Ils sont comparés sur la variable genre (garçons, filles) et sur la variable groupe (groupe Centres jeunesse versus groupe témoin).

Ces résultats ont été calculés à partir des analyses statistiques du chi-carré. Le choix de ce type d'analyse repose sur le fait que cette étude utilise essentiellement des variables discrètes.

Prévalences et comparaisons des genres et des groupes sur les diagnostics

Au total, 23 des 40 participants du groupe Centres jeunesse présentent l'un ou l'autre des diagnostics à l'étude, que ce soit à l'état pur ou de manière concomitante. Ce nombre représente plus de la moitié des participants soit 58% de ce groupe. Comparativement, deux diagnostics seulement ont été établis chez les participants du groupe témoin. Cette proportion représente 5% de ce groupe.

Plus spécifiquement, pour le trouble des conduites, 18 participants (45%) du groupe Centres jeunesse répondent à ce diagnostic (tableau 1). De ce pourcentage, huit garçons répondent à ce trouble, ce qui représente 40% de l'échantillon masculin. Dix filles présentent ce même trouble, ce qui représente 50% de l'échantillon féminin. Aucun participant du groupe témoin ne présente ce trouble.

Tableau 1
Prévalence des diagnostics pour chaque groupe et chaque genre

Groupe	Diagnostics	Prévalence	
		garçons (N=20)	filles (N=20)
Centres jeunesse	Trouble des conduites	8 (40%)	10 (50%)
	Trouble oppositionnel	1 (5%)	4 (20%)
	Dépression majeure	1 (5%)	7 (35%)
	Trouble dysthymique	2 (10%)	3 (15%)
Groupe témoin		garçons (N=10)	filles (N=14)
	Trouble des conduites	0 (0%)	0 (0%)
	Trouble oppositionnel	0 (0%)	0 (0%)
	Dépression majeure	0 (0%)	2 (8%)
	Trouble dysthymique	0 (0%)	1 (0.04%)

L'analyse statistique du chi-carré révèle que la variable genre ne distingue pas les diagnostics observés (tableau 2). Ainsi, les résultats obtenus ne permettent pas d'affirmer qu'il existe des différences significatives entre les filles et les garçons concernant le trouble des conduites.

La variable groupe s'avère pour sa part significative et permet de distinguer le groupe Centres jeunesse du groupe témoin (tableau 2). Donc, il est possible d'affirmer que les participants du groupe Centres jeunesse se démarque significativement du groupe témoin ($\chi^2(1)=15.03, p<.001$) en présentant significativement plus de troubles des conduites.

Tableau 2

Résultats des analyses de chi-carré des diagnostics des quatre troubles à l'étude

Variables	sexe	groupe
Trouble des conduites	0.10	15.03***
Trouble oppositionnel	6.47	1.55
Trouble dépressif majeur	1.57*	3.25
Trouble dysthymique	0.49	1.23

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Pour le trouble oppositionnel avec provocation, cinq participants (12.5%) du groupe Centres jeunesse répondent à ce diagnostic (tableau 1). De ce pourcentage, un garçon répond à ce trouble, ce qui représente 5% de l'échantillon masculin. Quatre filles présentent ce même trouble, ce qui représente 20% de l'échantillon féminin. Aucun participant parmi le groupe témoin présente ce trouble. Les analyses du chi-carré n'ont révélé aucune différence entre les genres et les groupes pour ce diagnostic (tableau 6).

Au niveau du trouble dépressif majeur, huit participants (20%) du groupe Centres jeunesse présentent ce diagnostic (tableau 1). De ce pourcentage, un garçon présente ce trouble, ce qui représente 5% de l'échantillon masculin. Sept filles répondent à ce trouble, ce qui représente 35% de l'échantillon féminin. Le groupe témoin regroupe deux participants (8%) répondant à ce trouble, soit deux filles. L'analyse statistique du chi-carré permet d'affirmer que les filles présentent davantage ce trouble $\chi(1)=6,47$, $p<.05$ (tableau 2). Toutefois, l'analyse de la différence dans les prévalences entre les

groupes ne permet pas de postuler quelques différences que ce soit quant à sa présence plus significative en Centres jeunesse versus dans le groupe témoin (tableau 2).

Au niveau du trouble dysthymique, cinq participants (15%) du groupe Centres jeunesse répondent à ce trouble (tableau 1). De ce pourcentage, deux garçons présentent ce trouble, ce qui représente 10% de l'échantillon masculin. Trois filles présentent aussi ce trouble, ce qui représente 15% de l'échantillon féminin. Concernant le groupe témoin, une fille (.04%) présente ce trouble. De nouveau, aucune distinction ne peut être faite quant au genre et au groupe (tableau 2). Ainsi, les filles et les garçons ne se distinguent pas sur ce trouble. De même, le groupe Centres jeunesse et le groupe témoin ne se distinguent pas.

Analyse des différences sur les critères

Des analyses de chi-carré ont été réalisées sur les critères afin de mieux comprendre les différences entre les groupes ainsi que les profils de chacun des genres.

Trouble des conduites

Ces analyses de chi-carré révèlent qu'un seul critère distingue significativement les genres pour le trouble des conduites (tableau 3). Ce dernier concerne le critère (6) :

Tableau 3

Résultats des analyses de chi-carré des critères significatifs du trouble des conduites en fonction de la variable genre et/ou groupe

Variables	sexe	groupe
1. Vol sans affrontement avec la victime à plus d'une reprise	0.76	10.90***
2. Fugues nocturnes au moins à deux reprises alors qu'il/elle vit chez ses parents ou dans un placement familial	0.46	9.79**
3. Mensonges fréquents	0.49	3.97*
5. Fait souvent l'école buissonnière	0.11	7.18**
6. A pénétré de force dans la maison de quelqu'un, dans un bâtiment ou une voiture	6.15*	3.25
7. A délibérément détruit les biens d'autrui	0.04	5.49*
13. A été physiquement cruel envers des personnes	1.06	4.72*

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

avoir pénétré de force dans la maison de quelqu'un, dans un bâtiment ou une voiture $r(1)=6,15, p<.05$. Ce critère est plus fréquemment retenu pour les garçons.

Il importe de rappeler ici que l'obtention d'un critère «positif» nécessite d'englober plusieurs symptômes. Ainsi, même si un individu répond affirmativement à un symptôme en particulier, le critère englobant ce même symptôme ne devient pas automatiquement significatif puisqu'il doit non seulement tenir compte de ce symptôme,

mais aussi de d'autres symptômes ainsi que de la période de temps durant laquelle ce dernier s'est produit et/ou, de sa persistance/gravité.

L'analyse des différences entre les groupes révèle que 6 des 13 critères distinguent le groupe Centres jeunesse du groupe témoin (tableau 3). Ces derniers sont les critères (1) vol sans affrontement avec la victime à plus d'une reprise $r(1)=10,90$, $p<.001$, (2) fugues nocturnes au moins à deux reprises alors qu'il/elle vit chez ses parents ou dans un placement familial $r(1)=9,79$, $p<.01$, (3) mensonges fréquents $r(1)=3,97$, $p<.05$, (5) avoir souvent fait l'école buissonnière $r(1)=7,18$, $p<.01$, (7) avoir délibérément détruit les biens d'autrui $r(1)=5,49$, $p<.05$ et (13) avoir été physiquement cruel envers des personnes $r(1)=4,72$, $p<.05$. Encore ici, ces critères sont plus présents chez le groupe Centres jeunesse.

Trouble oppositionnel avec provocation

Aucune distinction n'est présente entre les genres pour les critères de ce trouble (tableau 4). Le groupe Centres jeunesse se distingue sur 5 des 9 critères (tableau 4). Ceux-ci sont les suivants : (2) : conteste souvent ce que disent les autres $r(1)=8,89$, $p<.01$, (3) : s'oppose souvent activement aux demandes et aux règles des adultes $r(1)=7,95$, $p<.01$, (6) : est souvent susceptible ou facilement agacé par autrui $r(1)=5,49$, $p<.05$, (8) : est souvent haineux ou vindicatif $r(1)=5,49$, $p<.05$, (9) : jure fréquemment ou utilise des expressions obscènes $r(1)=18,20$, $p<.001$.

Tableau 4

Résultats des analyses de chi-carré des critères significatifs du trouble oppositionnel avec provocation en fonction de la variable genre et/ou groupe

Variables	sexe	groupe
2. Conteste souvent ce que disent les autres	0.08	8.89**
3. S'oppose souvent activement aux demandes et aux règlements des adultes	0.00	7.95**
6. Est souvent susceptible ou facilement agacé par autrui	0.04	5.49*
8. Est souvent haineux ou vindicatif	0.32	5.49*
9. Jure fréquemment ou utilise des expressions obscènes	0.15	18.20***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Trouble dépressif majeur

Les résultats des analyses de chi-carré révèlent que la distinction au niveau du genre s'avère significative pour 6 des 9 critères de ce trouble (tableau 5). Ceux-ci sont : (2) : diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours, $r(1)=5,68$, $p<.05$, (3) : perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime $r(1)=7,62$, $p<.01$, (5) : agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours $r(1)=4,79$, $p<.05$, (7) :

Tableau 5

Résultats des analyses de chi-carré des critères significatifs du trouble dépressif majeur en fonction de la variable genre et/ou groupe

Variables	sexe	groupe
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours	5.68*	4.88*
3. Perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime (par exemple : plus de 5% du poids corporel en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours (chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue)	7.62**	0.59
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours	2.05	4.57*
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours	4.79*	0.01
7. Sentiment d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours	6.93**	1.81
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours	8.07**	0.61
9. Pensées récurrentes de la mort (pas seulement une crainte de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.	10.12**	8.89**

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

sentiment d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours $r(1)=6,93$, $p<.01$, (8) : diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours $r(1)=8,07$, $p<.01$ et (9) : pensées récurrentes de la mort, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider $r(1)=10,12$, $p<.01$. Ces critères sont plus caractéristiques des filles.

On dénote une différence entre les groupes pour les critères (2) : diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir $r(1)=4,88$, $p<.05$, (4) : insomnie ou hypersomnie $r(1)=4,57$, $p<.05$ et (9) : pensées récurrentes de la mort, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider $r(1)=8,89$, $p<.01$. Ces critères sont plus caractéristiques du groupe Centres jeunesse (tableau 5). On constate que le critère perte d'intérêt et le critère pensées de mort récurrentes caractérisent à la fois les filles et le groupe Centres jeunesse.

Trouble dysthymique

Aucune différence entre les genres sont décelées. (tableau 6). On dénote toutefois une différence au niveau des groupes (tableau 5) pour les critères (B2) : l'insomnie ou l'hypersomnie $r(1)=5,69$, $p<.05$, (B3) : fatigue ou perte d'énergie $r(1)=4,72$, $p<.05$ ainsi que (B5) : diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision $r(1)=7,19$, $p<.01$ qui sont plus caractéristiques

Tableau 6

Résultats des analyses de chi-carré des critères significatifs du trouble dysthymique en fonction de la variable genre et/ou groupe

Variables	sexe	groupe
B2. Insomnie ou hypersomnie	0.08	5.69*
B3. Baisse d'énergie ou fatigue	0.05	4.72*
B5. Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions	0.20	7.19**

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

du groupe Centres jeunesse.

Analyse des différences sur les symptômes¹

Afin d'analyser plus finement les différences entre les genres et les groupes, des analyses sur les symptômes ont été réalisées.

Trouble des conduites

L'analyse du chi-carré permet d'affirmer qu'il existe une différence au niveau du genre plus spécifiquement, que les garçons comparativement aux filles présentent plus de symptômes associés à ce trouble (tableau 7). Cette prépondérance est présente pour 5 des 29 symptômes. Ces derniers sont les suivants : (#152) : depuis un an, être entré dans une maison, un édifice ou une voiture en brisant une porte ou une fenêtre $\chi(1)=8.85$,

¹ Les symptômes réfèrent aux questions du questionnaire.

Tableau 7

Résultats des analyses de chi-carré des symptômes significatifs du trouble des conduites en fonction de la variable genre et/ou groupe

Variables	sexe	groupe
#146. Avoir volé quelqu'un à la maison/volé quelqu'un qui n'était pas là plus d'une fois au cours de la dernière année	1.41	22.76***
#146a. Avoir volé ainsi (avoir volé quelqu'un à la maison/volé quelqu'un qui n'était pas là depuis six mois	1.33	9.87**
#148a. S'être enfui plus d'une fois	0.75	12.80***
#148b. Lorsque s'est enfui, être resté ailleurs pour une période aussi longue que deux semaines entières	2.56	6.28*
#148c. S'être enfui depuis six mois	0.90	10.75**
#149b. Avoir eu des ennuis à cause de mensonges	1.76	5.49*
#149c. Avoir eu des ennuis à cause de mensonges depuis six mois	0.49	3.97*
#152. Depuis un an, être entré dans une maison, un édifice ou une voiture en brisant une porte ou une fenêtre	8.85**	7.11
#152a. Depuis six mois, être entré dans une maison, un édifice ou une voiture en brisant une porte ou une fenêtre	6.15*	3.25
#153. Avoir brisé quelque chose ou avoir fait du vandalisme par exprès, comme casser des vitres, dessiner des graffitis sur les murs, couper des pneus	0.08	12.80***
#153a. Avoir fait cela depuis six mois (#153)	0.04	5.49*

#154. Au cours de la dernière année, avoir torturé des animaux ou leur avoir fait du mal par exprès	4.84*	2.56
#139. Au cours de la dernière année, s'être emparé du sac à main de quelqu'un	4.84*	2.56
#140. Au cours de la dernière année, avoir commis un vol à main armée ou volé quelqu'un	6.46*	15.03***
157b. Avoir essayé de faire du mal à quelqu'un en dehors d'une bataille depuis six mois	1.06	4.72*

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

p<.01), (#152a) : depuis six mois, être entré dans une maison, un édifice ou une voiture en brisant une porte ou une fenêtre $r(1)=6,15$, $p<.05$, (#154) : au cours de la dernière année, avoir torturé des animaux ou leur avoir fait du mal par exprès $r(1)=4,84$, $p<.05$, (#139) : au cours de la dernière année, s'être emparé du sac à main de quelqu'un $r(1)=4,84$, $p<.05$ et (#140) : au cours de la dernière année, avoir commis un vol à mains armées ou volé quelqu'un $r(1)=6,46$, $p<.05$.

Concernant la distinction entre les groupes, 11 des 27 symptômes distinguent significativement le groupe Centres jeunesse du groupe témoin (tableau 7). Ces différences sont présentes pour les symptômes suivants : (#146) : avoir volé quelqu'un à la maison/volé quelqu'un qui n'était pas là plus d'une fois au cours de la dernière année $r(1)=22,76$, $p<.001$, (#146a) : avoir volé ainsi (avoir volé quelqu'un à la maison/volé

quelqu'un qui n'était pas là) depuis 6 mois $r(1)=9,87$, $p<.01$, (#148a) : s'être enfui plus d'une fois $r(1)=12,80$, $p<.001$, (#148b) : lorsque s'est enfui, être resté ailleurs pour une période aussi longue que deux semaines entières $r(1)=6,28$, $p<.05$, (#148c) : s'être enfui depuis six mois $r(1)=10,75$, $p<.01$, (#149b) : avoir eu des ennuis à cause de mensonges $r(1)=5,49$, $p<.05$, (#149c) : avoir eu des ennuis à cause de mensonges depuis six mois $r(1)=3,97$, $p<.05$, (#153) : avoir brisé quelque chose ou avoir fait du vandalisme par exprès, comme casser des vitres, dessiner des graffitis sur les murs, couper des pneus $r(1)=12,80$, $p<.001$, (#153a) : avoir fait cela depuis six mois $r(1)=5,49$, $p<.05$, (#140) : avoir commis un vol à main armée ou volé quelqu'un $r(1)=15,03$, $p<.001$ et (#157b) : avoir essayé de faire du mal à quelqu'un en dehors d'une bataille depuis six mois $r(1)=4,72$, $p<.05$.

Malgré que les analyses statistiques utilisées ne peuvent confirmer d'effets d'interaction, on constate que le symptôme d'avoir commis un vol à mains armées ou volé quelqu'un est significatif à la fois au niveau des genres, $r(1)=6,46$, $p<.05$ et des groupes, $r(1)=15,03$, $p<.001$. Ainsi, les garçons et plus spécifiquement ceux en Centres jeunesse présentent ce symptôme de manière plus significative en comparaison aux filles.

Trouble oppositionnel avec provocation

Pour les symptômes du trouble oppositionnel avec provocation, aucune différence au niveau des genres n'est retrouvée et ne permet pas par conséquent, d'affirmer quelconque différence entre les garçons et les filles sur ce trouble (tableau 8).

Pour les différences entre les groupes (tableau 8), 11 des 20 symptômes sont significatifs, de sorte que le groupe Centres jeunesse est plus caractéristique des symptômes suivants : (#122c) : s'être disputé ou avoir répondu avec impolitesse $r(1)=10,44$, $p<.01$, (#122d) : s'être disputé ou avoir répondu impoliment durant une période de six mois ou plus $r(1)=8,89$, $p<.01$, (#123c) : avoir refusé de faire ce que l'on demande $r(1)=15,53$, $p<.001$, (#123d) : avoir refusé de faire ce que l'on demande durant une période de six mois ou plus $r(1)=7,94$, $p<.01$, (#126d) : avoir été de mauvaise humeur ou énervé $r(1)=7,11$, $P<.01$, (#126e) : avoir été de mauvaise humeur ou facilement énervé durant une période de six mois ou plus $r(1)=5,49$, $p<.05$, (#132) : s'être vengé des autres $r(1)=7,97$, $p<.01$, (#134d) : avoir causé des ennuis aux autres $r(1)=4,72$, $p<.05$, (#134) : depuis six mois, avoir causé des ennuis $r(1)=11,76$, $p<.001$, (#135c) : avoir sacré ou utilisé des mots grossiers $r(1)=19,57$, $p<.001$, (#135d) : avoir sacré ou utilisé des mots grossiers durant une période de six mois ou plus $r(1)=15,23$, $p<.001$. Le fait que les distinctions se répètent sur l'échelle de six mois confirme que les différences ne sont pas que circonstancielles mais plutôt stables.

Tableau 8

Résultats des analyses de chi-carré des symptômes significatifs du trouble oppositionnel avec provocation en fonction de la variable genre et/ou groupe

Variables	sexe	groupe
#122c. S'être disputé ou avoir répondu avec impolitesse	0.20	10.44**
#122d. S'être disputé ou avoir répondu impoliment durant une période de six mois ou plus	0.08	8.89**
#123c. Avoir refusé de faire ce que l'on demande	0.48	15.53***
#123d. Avoir refusé de faire ce que l'on demande durant une période de six mois ou plus	0.00	7.94**
#126d. Avoir été de mauvaise humeur ou énervé	0.22	7.11**
#126e. Avoir été de mauvaise humeur ou facilement énervé durant une période de six mois ou plus	0.04	5.49*
#132. S'être vengé des autres	0.59	7.97**
#134d. Avoir causé des ennuis aux autres	0.05	4.72*
#134. Depuis six mois, avoir causé des ennuis	1.36	11.76***
#135c. Avoir sacré ou utilisé des mots grossiers	0.20	19.57***
#135d. Avoir sacré ou utilisé des mots grossiers durant une période de six mois ou plus	0.43	15.23***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Trouble dépressif majeur

Des différences au niveau du genre se présentent pour 14 des 46 symptômes (tableau 9). Ces symptômes sont les suivants : (#92a) : avoir été triste pendant presque tous les jours durant deux semaines ou plus $r(1)=5,17$, $p<.05$, (#92b) : les jours où tu as été triste, ce symptôme durait toute la journée $r(1)=5,68$, $p<.05$, (#95a) : s'être intéressé à rien presque tous les jours durant deux semaines ou plus $r(1)=6,50$, $p<.05$, (#95b) : lorsque tu ne t'intéressais à rien, cela durait presque toute la journée $r(1)=7,62$, $p<.01$, (#96a) : période de deux semaines ou plus où la plupart des jours, tu avais moins le goût de manger $r(1)=7,64$, $p<.01$, (#96b) : le fait d'avoir eu moins le goût de manger est survenu pendant la période de déprime $r(1)=6,93$, $p<.01$, (#102b) : avoir parlé et bougé beaucoup moins que d'habitude est survenu pendant la période de déprime $r(1)=4,79$, $p<.05$, (#103b) : avoir parlé ou bougé beaucoup moins que d'habitude durant une période de deux semaines ou plus $r(1)=5,68$, $p<.05$, (#106a) : s'être blâmé la plupart des jours durant deux semaines ou plus $r(1)=4,66$, $p<.05$, (#106b) : s'être blâmé ainsi pendant la période de déprime $r(1)=6,93$, $p<.01$, (#107b) : s'en être pris à soi-même pendant la période de déprime $r(1)=6,93$, $p<.01$, (#110b) : avoir pensé plus lentement pendant la période de déprime $r(1)=5,84$, $p<.05$, (#114c) : avoir eu un plan précis sur la façon de vouloir se tuer $r(1)=6,47$, $p<.05$ et (#116b) : avoir essayé de se tuer depuis la période de déprime $r(1)=6,50$, $p<.05$. Ces symptômes sont plus présents chez le genre féminin.

Tableau 9

Résultats des analyses de chi-carré des symptômes significatifs du trouble dépressif majeur en fonction de la variable genre et/ou groupe

Variabes	sexe	groupe
#92a. Avoir été triste pendant presque tous les jours durant deux semaines ou plus	5.17*	1.50
#92b. Les jours où tu as été triste, ce symptôme durait toute la journée	5.68*	0.15
#93a. Avoir été maussade presque tous les jours durant deux semaines ou plus	0.01	4.64*
#94a. n'avoir pris plaisir à rien presque tous les jours pendant deux semaines ou plus	0.59	7.97**
#94b. Les jours où tu ne prenais plaisir à rien, cela durait presque toute la journée	2.56	6.28*
#95a. S'être intéressé à rien presque tous les jours durant deux semaines ou plus	6.50*	3.40
#95b. Lorsque tu ne t'intéressais à rien, cela durait presque toute la journée	7.62**	2.12
#96a. Période de deux semaines ou plus où la plupart des jours, tu avais moins le goût de manger	7.64**	0.61
#96b. Le fait d'avoir eu moins le goût de manger est survenue pendant la période de déprime	6.93**	0.10
#97a. Avoir maigri pendant la période de déprime	0.59	4.57*
#99a. Avoir engraisé pendant la période de déprime	3.21	11.76***
#100a. Avoir éprouvé des difficultés	0.46	10.25**

de sommeil la plupart des nuits pendant une période de deux semaines ou plus		
#102b. Avoir parlé et bougé beaucoup moins que d'habitude est survenue pendant la période de déprime	4.79*	0.01
#103b. Avoir parlé ou bougé beaucoup moins que d'habitude durant une période de deux semaines ou plus	5.68*	0.98
#106a. S'être blâmé la plupart des jours durant deux semaines ou plus	4.66*	4.12*
#106b. S'être blâmé ainsi pendant la période de déprime	6.93**	1.81
#107b. S'en être pris à soi-même pendant la période de déprime	6.93**	1.81
#109b. Avoir éprouvé des difficultés à porter attention ou à rester concentré la plupart des jours durant deux semaines ou plus	0.17	6.24*
#110b. Avoir pensé plus lentement pendant la période de déprime	5.84*	1.23
#111a. Avoir eu de la difficulté à se faire une idée la plupart des jours pendant deux semaines	2.84	5.36*
#113a. Avoir beaucoup pensé à la mort pendant deux semaines ou plus	2.84	5.36*
#113b. Avoir beaucoup pensé à la mort pendant la période de déprime	2.43	3.97*
#114a. Avoir pensé à se tuer pendant deux semaines ou plus	2.56	6.28*
#114c. Avoir eu un plan précis sur la façon de vouloir se tuer	6.47*	3.82

#116b. Avoir essayé de se tuer pendant la période de dépression	6.50*	9.79**
<hr/>		
*p<.05	**p<.01	***p<.001

Il existe de plus des différences au niveau des groupes d'où 13 des 46 symptômes se distinguent et demeurent plus présents chez le groupe Centres jeunesse (tableau 9). Ces derniers sont les suivants : (#93a) avoir été maussade presque tous les jours durant deux semaines ou plus $r(1)=4,64$, $p<.05$, (#94a) n'avoir pris plaisir à rien presque tous les jours pendant deux semaines ou plus $r(1)=7,97$, $p<.01$, (#94b) les jours où tu ne prenais plaisir à rien, cela durait presque toute la journée $r(1)=6,28$, $p<.05$, (#97a) avoir maigri pendant la période de déprime $r(1)=4,57$, $p<.05$, (#99a) avoir engraisé pendant la période de déprime $r(1)=11,76$, $p<.001$, (#100a) avoir éprouvé des difficultés de sommeil la plupart des nuits pendant une période de deux semaines ou plus $r(1)=10,25$, $p<.01$, (#106a) s'être blâmé la plupart des jours durant deux semaines ou plus $r(1)=4,12$, $p<.05$, (#109b) avoir éprouvé des difficultés à porter attention ou à rester concentré la plupart des jours durant deux semaines ou plus $r(1)=6,24$, $p<.05$, (#111a) avoir eu de la difficulté à se faire une idée la plupart des jours pendant deux semaines $r(1)=5,36$, $p<.05$, (#113a) avoir beaucoup pensé à la mort pendant deux semaines ou plus $r(1)=5,36$, $p<.05$, (#113b), avoir beaucoup pensé à la mort pendant la période de déprime $r(1)=3,97$, $p<.05$, (#114a) avoir pensé à se tuer pendant deux semaines ou plus $r(1)=6,28$, $p<.05$ et (#116b) avoir essayé de se tuer pendant la période de déprime $r(1)=9.79$, $p<.01$.

Au niveau des symptômes donc, les résultats semblent révéler que les filles en Centres jeunesse se retrouvent en supériorité quant aux symptômes du blâme et de la pensée suicidaire. Ainsi, les filles sont plus déprimées et celles en Centre jeunesse plus particulièrement sont plus déprimées que celles que l'on retrouve dans la population générale. Cette affirmation est observée bien que les analyses statistiques ne soient pas supportées par un effet d'interaction.

Trouble dysthymique

Au niveau du genre, deux symptômes seulement permettent de distinguer les garçons des filles (tableau 10). Ce sont les suivants : (#92c) : avoir été triste la plupart du temps durant toute la dernière année $r(1)=6,47$, $p<.05$ et (#92d) : avoir été triste de cette façon presque toute la journée $r(1)=4,34$, $p<.05$. Les filles plus que les garçons présentent ces deux symptômes.

En ce qui à trait à la variable groupe, 4 des 16 symptômes s'avèrent significatifs (tableau 10). Ces derniers sont les suivants : (#104c) : s'être senti fatigué la plupart du temps durant toute la dernière année $r(1)=3,97$, $p<.05$, (#109d) : difficulté à demeurer concentré sur les choses la plupart du temps durant toute la dernière année $r(1)=3,89$, $p<.05$, (#110c) : avoir pensé plus lentement la plupart du temps durant toute la dernière année $r(1)=4,72$, $p<.05$ et (#111c) : avoir éprouvé de la difficulté à se faire une idée la plupart du temps durant toute la dernière année $r(1)=3,97$, $p<.05$. Ces symptômes sont

Tableau 10

Résultats des analyses de chi-carré des symptômes significatifs du trouble dysthymique en fonction de la variable genre et/ou groupe

Variables	sexe	groupe
#92c. Avoir été triste la plupart du temps durant toute la dernière année	6.47*	1.55
#92d. Avoir été triste de cette façon presque toute la journée	4.34*	0.00
#104c. S'être senti fatigué la plupart du temps durant toute la dernière année	0.03	3.97*
#109d. Difficulté à demeurer concentré sur les choses la plupart du temps durant toute la dernière année	0.00	3.89*
#110c. Avoir pensé plus lentement la plupart du temps durant toute la dernière année	1.06	4.72*
#111c. Avoir éprouvé de la difficulté à se faire une idée la plupart du temps durant toute la dernière année	0.49	3.97*

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

plus caractéristiques du groupe Centres jeunesse.

Concomitance

Pour les troubles en concomitance, le tableau est plus disparate. Les proportions suivantes sont présentes pour le groupe Centres jeunesse : deux filles présentent le trouble dépressif majeur en concomitance avec le trouble dysthymique, deux filles présentent le trouble dépressif majeur en concomitance avec le trouble des conduites, un

garçon répond au trouble dépressif majeur en concomitance avec le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble dysthymique. Deux filles présentent le trouble des conduites en concomitance avec le trouble dépressif majeur et le trouble oppositionnel avec provocation et finalement, une fille répond au trouble des conduites en concomitance avec le trouble dysthymique et le trouble oppositionnel avec provocation.

Ainsi, en résumé, 35% des filles en Centres jeunesse présentent une concomitance de trouble extériorisés et intériorisés diagnostiqués alors que seulement 5% des garçons en Centres jeunesse présentent cette concomitance.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner la prévalence des différents diagnostics ainsi que des différents critères et symptômes selon le genre chez des adolescents hébergés en Centres jeunesse en comparaison avec un groupe témoin de milieu scolaire. Cette étude, bien que ne permettant pas de faire la lumière sur l'ensemble de ces problématiques complexes, pourra apporter une contribution considérable dans le contexte où nous disposons actuellement d'une documentation limitée sur le sujet à plusieurs niveaux, notamment sur les différences sexuelles et la prévalence de troubles de santé mentale dans les centres de réadaptation des Centres jeunesse du Québec. Cette contribution favorisera également les stratégies d'évaluation, de traitement et de prévention, stratégies qui sont présentement en révision de par l'état de surpopulation de plus en plus présent dans ces centres au Québec.

Tout d'abord, tel que l'on pouvait s'y attendre, la distinction entre le groupe des Centres jeunesse et le groupe témoin est claire (58% versus 5% présentent l'un ou l'autre des diagnostics à l'étude). Ces taux sont particulièrement importants, non pas parce qu'ils confirment la présence plus importante des problématiques étudiées dans les Centres jeunesse en comparaison avec un groupe témoin, mais surtout parce qu'ils confirment la présence de problèmes de santé mentale que l'on peut diagnostiquer chez la population des Centres de réadaptation. Ces résultats supportent la pertinence d'évaluer les troubles de santé mentale dans le cadre de l'évaluation et possiblement le traitement des jeunes en centre de réadaptation.

Trouble des conduites

Les résultats obtenus en comparant le groupe Centres jeunesse au groupe témoin pour le diagnostic du trouble des conduites vont dans le sens des écrits antérieurs. Par exemple, l'on s'attend par définition à ce qu'un centre de réadaptation, lequel héberge des adolescents en trouble de l'adaptation présente une proportion plus élevée de jeunes en trouble de comportements comparativement à une population dite normative. Les résultats obtenus lors de la comparaison des groupes représentent bien ici cette constatation alors que le groupe des Centres jeunesse se distingue du groupe témoin en présentant le trouble des conduites de manière plus prépondérante.

Un résultat particulièrement intéressant au niveau des diagnostics indique aucune différence entre les genres sur le trouble des conduites. Ce résultat corrobore partiellement les résultats obtenus par les études antérieures qui ont rapporté cette absence de différence. Par exemple, les études de Kashani et al., (1987), McGee et al., (1991), Leslie, (1974) et Esser, (1974) supportent ce résultat du peu ou de l'absence de différences dans la prévalence du trouble des conduites en fonction du genre. Zoccolillo (1993) vient appuyer d'une certaine manière les résultats trouvés lorsqu'il affirme qu'il est impossible d'assumer que ce trouble est plus commun chez le genre masculin en raison de recherches divergentes et en raison de la présence significative de ce trouble chez le genre féminin. D'autres auteurs toutefois tel que Offord et al. (1987), D'Amours (1995) et Romano (2001), ont trouvé des différences entre garçons et filles.

Les différences de genre au niveau du trouble des conduites demeurent ainsi une question à laquelle nous n'avons pas de réponse définitive. Ceci dit, autant les études constatant peu ou pas de différences ou les études constatant des différences de genre sur le trouble des conduites souffrent de lacunes conceptuelles et méthodologiques importantes explicitées antérieurement.

Zoccolillo, Tremblay et Vitaro, (1996) estiment que le fait de ne pouvoir départager le genre peut être expliqué par le fait que les DSM-III-R et DSM-IV ont été validés à partir d'échantillons où les garçons représentaient le trois quart des sujets. Ceci a eu comme conséquence de diagnostiquer moins de filles que de garçons et par le fait même, de mal représenter le phénomène dans son ensemble (Robins, 1991). Ces explications s'inscrivent parallèlement à la progression de ce trouble selon le développement où notamment les garçons et les filles empruntent des tangentes différentes (« children and adolescents onset pathway » chez le garçon et « the delayed-onset pathway » chez la fille). Tels qu'énumérés antérieurement dans cette étude, les patrons de comportements chez le garçon et la fille se présentent différemment. Bien que les postulats de ces théories affirment qu'à l'adolescence, l'augmentation des symptômes de ce trouble prédomine et ce, plus particulièrement chez la fille, le patron de comportements des filles pourrait faire en sorte de rejoindre les patrons de comportements des garçons et ainsi, en arriver à des taux de prévalence plus ou moins semblables. Cette affirmation prévaut si on tient compte des niveaux de base, lesquels sont au départ, plus bas chez le genre féminin.

Les résultats obtenus dans la présente étude appuient également, du moins partiellement, un courant laissant transparaître progressivement dans les écrits que la délinquance féminine ressemble de plus en plus à la délinquance masculine (Calhoun, Jurgens & Chen, 1993; Van Gijseghem, 1980).

Les résultats obtenus quant aux critères et aux symptômes permettent de pousser plus loin l'étude du trouble des conduites. Ces différences retrouvées entre les genres dans les critères, et encore davantage dans les symptômes démontrent la nature à connotation plus violente et plus structurée des comportements retrouvés chez les garçons et corroborent partiellement les écrits qui appuient l'existence de différences entre les genres. Les résultats des critères et des symptômes distinguent les introductions par effraction, la cruauté animale et les vols de sacs à mains et les vols à mains armées comme plus caractéristiques des agirs masculins. De leur côté, les filles seraient également violentes, mais à un moindre degré et seraient en même temps plus déprimées.

Les résultats au niveau des groupes établissent donc le groupe Centres jeunesse comme étant aussi plus caractéristique de ce trouble au niveau des critères et symptômes. Ces résultats révèlent cependant une absence de distinction pour plusieurs des symptômes et des critères de ce trouble. Seules quelques catégories discriminent bien entre le groupe Centres jeunesse et le groupe témoin.

En somme, lorsque les jeunes présentent des problématiques graves liées aux troubles de comportements, les filles présentent autant le trouble des conduites que les garçons. C'est-à-dire qu'elles présentent autant que les garçons ce diagnostic, tel que décrit dans le DSM-III-R et qu'elles présentent sensiblement les mêmes critères sauf qu'elles sont un peu moins organisées.

La question de la définition du trouble, particulièrement selon le DSM-III-R ou le DSM-IV demeure cependant importante à considérer. En effet, Zoccolillo (1993) ajoute à propos des critères composant les diagnostics de santé mentale (DSM) que ces derniers sont inadéquats au niveau de leur sensibilité et de leur spécificité ceci, particulièrement pour le genre féminin. Clogg (1995) va dans le même sens que Zoccolillo (1993) en affirmant que les symptômes ne sont pas capables de bien indiquer la présence ou l'absence d'un trouble. Autrement dit, selon ces auteurs, les critères ainsi que les symptômes du trouble des conduites chez la fille se devraient d'être différents de ceux des garçons en plus d'intégrer un seuil d'acceptation plus bas des critères et symptômes comme positifs. À cet effet, les changements de critères du DSM-III aux DSM-III-R et DSM-VI fournissent à eux seuls, une large part de l'explication pour les taux de prévalence disparates du trouble des conduites quant au genre (Zoccolillo, Tremblay & Vitaro, 1996).

Trouble oppositionnel avec provocation

Les résultats démontrent que les garçons et les filles ne se distinguent pas sur le trouble oppositionnel avec provocation, à la fois du côté de son diagnostic mais aussi de ses critères et symptômes. Ces résultats, comme pour le trouble des conduites, viennent en partie infirmer les différentes études jusqu'à maintenant qui font état d'une légère prépondérance du genre masculin pour ce trouble. Par exemple, Rey (1994) rapporte des écarts importants dans les ratios garçons/filles selon l'âge des sujets pour la période de l'adolescence, le taux des filles dépasserait quelque peu celui des garçons. D'autres parlent à la fois de diminution mais aussi d'augmentation avec l'âge (Valla & Bergeron, 1994). L'étude de McGee et al.(1990) montre une diminution de la prévalence de ce trouble avec l'âge et l'étude de Cohen, Velez, Kohn, Schwab-Stone et Jonhson (1987) indique une augmentation avec l'âge.

Les résultats obtenus dans la présente étude correspondent cependant assez bien aux taux relatés par l'Association américaine de psychiatrie (1996), celle-ci affirmant que les symptômes sont généralement similaires après la puberté. Notons de plus que deux études (Lewinsohn, Hops, Robert, Seeley & Andrews, 1993) et (Verhulst, van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997) n'ont trouvé aucune différence entre les genres en accord avec le DSM-III-R en ce qui concerne ce trouble.

À titre explicatif, tout comme pour le trouble des conduites, l'hétérogénéité ainsi que l'inclusion du trouble oppositionnel comme indépendant ou non du trouble des conduites peuvent faire varier les définitions adoptées (Saint-Jacques et al., 2000) et du

fait même, faire osciller les taux de prévalence. Dans la même veine, le chevauchement entre le trouble des conduites et le trouble oppositionnel peut être une partie de l'explication de cette absence de distinction entre les genres. Par exemple, les garçons diagnostiqués avec un trouble oppositionnel avant l'adolescence sont souvent classifiés avec un trouble des conduites à l'adolescence laissant de côté le trouble oppositionnel (Vitaro & Gagnon, 1999).

Un autre élément explicatif réside dans l'hypothèse selon laquelle un phénomène de développement tardif des manifestations ouvertes d'agressivité et d'opposition serait présent chez la fille et viendrait tout comme pour le trouble des conduites, égaliser plus ou moins les ratios (Vitaro & Gagnon, 1999). Ces explications font en sorte qu'au niveau du genre à l'adolescence, les manifestations d'opposition tendraient à se ressembler du côté des filles et des garçons.

Au niveau des groupes, celui en Centres jeunesse est plus caractéristique de ce trouble en ce qui concerne les critères et les symptômes. La distinction significative entre ces deux groupes pourrait s'expliquer du fait que durant l'enfance, il est difficile d'évaluer ce trouble en raison de sa proximité avec le comportement normal de l'enfant (Vitaro & Gagnon, 1999). Cette proximité ne s'appliquerait cependant peu ou pas à la période de l'adolescence. En effet, les comportements opposants qui peuvent être normaux sous un certain point de vue à l'enfance en viendraient à se résorber selon les pratiques parentales efficaces avec l'âge (Egan, 1991). Ainsi, les comportements

oppositionnels, s'ils impliquent vraiment une connotation problématique apparaîtraient chez les plus vulnérables à la période de l'adolescence (Hammen, 1997). Rappelons toutefois que les écrits à ce sujet ne sont pas clairs, ce trouble ne faisant l'objet que de peu de recherches et étant souvent traité en conjonction avec le trouble des conduites (Vitaro & Gagnon, 1999).

Finalement, si l'on inclut le trouble des conduites et celui de l'opposition pour ne former qu'une référence aux problèmes extériorisés, les résultats de cette étude continuent d'appuyer l'existence d'une prépondérance de ces problématiques chez les garçons telle que suggérée par plusieurs écrits, mais les différences entre les genres apparaissent beaucoup moins importantes que l'on pourrait penser et sont détectables davantage au niveau des symptômes que des critères et des diagnostics.

Trouble dépressif majeur

Les résultats à l'égard du trouble dépressif majeur demeurent ceux où les filles se distinguent le plus. Comme prévu, des différences entre les genres ont été trouvées, lesquelles rapportent que les filles présentent ce trouble plus que les garçons et ce, au niveau des diagnostics, des critères et des symptômes à la fois. L'hypothèse de départ affirmant que les filles seraient plus déprimées que les garçons tant dans une population clinique que scolaire est donc confirmée. Cette étude a permis d'identifier que 14 des 46 symptômes distinguent significativement les filles sur ce trouble.

Les différences de genre quant aux critères se rapprochent aussi des écrits. De plus, il est intéressant de remarquer que les filles au niveau des critères présentent plus d'idées suicidaires que les garçons.

Les variations développementales des symptômes dépressifs méritent cependant d'être mieux documentées dans les écrits. En effet, Holsen, Kraft & Vitterso (2000) suggèrent que le fait de rapporter des taux de prévalence se basant sur des études où les âges varient considérablement l'une de l'autre aurait comme conséquence l'établissement de balises peu claires sur lesquelles se référer par la suite lorsque sont établies les différences de genre.

Une explication possible des différences entre les garçons et les filles est celle de l'hypothèse de l'intensification des genres de Hill et Lynch (1983). Selon cette hypothèse, les réactions variées qu'impliquent la période de la puberté et ce, selon que l'on est un garçon ou une fille expliquerait en partie cette proportion moindre de garçons répondant au diagnostic de la dépression majeure. Cette dernière aurait comme effet de diminuer les taux de dépression chez le genre masculin, les caractéristiques masculines agissant comme facteurs de protection (Marcotte, Alain & Gosselin, 1999).

Dans cette étude, les groupes témoins et cliniques ne se distinguent sur aucun diagnostic. Ce résultat diffère des écrits rapportant que dans les échantillons cliniques,

les taux de dépression augmentent considérablement (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler & Grant, 1993). Cependant, le groupe Centres jeunesse est considéré comme plus caractéristique de ce trouble malgré que le nombre de critères et symptômes qui départage chaque groupe est minime. En somme, les filles et de surcroît celles en Centres jeunesse sont plus déprimées et plus suicidaires que les garçons.

Trouble dysthymique

L'absence de différence entre les genres concernant 2 des 3 analyses (diagnostics et critères) concorde peu avec les écrits de ce trouble chez les adolescents, lesquelles rapportent des taux sensiblement plus élevés chez le genre féminin. De plus, comme ce trouble fait partie de la famille des troubles affectifs, l'on aurait dû s'attendre à le retrouver de manière plus significative chez les filles puisque cette famille de trouble est plus présente chez ce genre en particulier. Somme toute, comme peu d'études existent à l'adolescence sur ce sujet et de surcroît, à l'intérieur de populations cliniques (Masi et al., 2001), il demeure délicat de pouvoir comparer et conclure en de quelconques affirmations sur le trouble dysthymique.

Les résultats au niveau des quatre troubles ci-joint démontrent en quelque sorte, l'importance d'utiliser des groupes témoins à l'intérieur des études. L'avantage est que ces groupes permettent d'analyser l'attribution de diagnostics, de critères et de symptômes en relativisant leur importance. Ainsi, moins grande est la tendance à

attribuer faussement des conclusions plus ou moins exhaustives sur les différentes problématiques. Ceci permet en plus d'identifier la sévérité des troubles (Robinson, Jenson & Yaffe, 1992).

Somme toute, les résultats de cette recherche concordent en partie avec les recherches précédentes au fait que les troubles intériorisés sont plus présents chez les filles et que les troubles extériorisés sont généralement plus présents chez les garçons. Les résultats des différences sexuelles concernant les troubles extériorisés ne sont cependant pas aussi clairs que pour les troubles intériorisés.

Concomitance

Au niveau de la concomitance des diagnostics, les résultats de cette étude démontrent qu'en général, la concomitance est présente. Les diagnostics dits «purs» quant à eux demeurent cependant en nombre plus important (37.5% versus 20% dans le groupe Centres jeunesse). Ces résultats concordent peu avec les écrits affirmant que les troubles à l'état pur seraient moins prédominants que les troubles en concomitance (Garnefski & Diekstria, 1997). Ceci ne voudrait pas dire qu'il n'existe pas de concomitance des problématiques mais plutôt que l'évaluation n'atteint pas le niveau du diagnostic.

Ces résultats pourraient constituer en quelque sorte un élément de réponse aux études qui se questionnent quant à la présence du trouble oppositionnel et du trouble dysthymique en tant que catégorie distincte ou continuum du trouble des conduites et du trouble dépressif majeur. Les résultats démontrent de plus que ce sont les filles en général qui semblent présenter le plus de troubles concomitants.

Cette recherche a permis de jeter un regard nouveau sur des aspects qui jusqu'à aujourd'hui n'avaient été que partiellement explorés. Le fait d'avoir étudié de manière indépendante le trouble oppositionnel avec provocation au lieu de l'avoir traité en concordance avec le trouble des conduites est en soi innovateur. Ceci prévaut aussi pour le trouble dysthymique qui a été traité séparément du trouble dépressif majeur. Ces troubles étudiés seuls ou en concomitance ainsi qu'en comparaison avec un groupe témoin ajoutent aussi à l'apport de l'étude.

Au terme des orientations futures, cette recherche a permis de mettre en lumière qu'une meilleure homogénéité (spécificité) dans les études subséquentes devra être de rigueur en ce qui concerne la définition des concepts, les méthodes, les instruments de mesure et les échantillons utilisés. Il sera important d'ailleurs, tout comme le mentionne Zoccolillo (1993) et Tavis (1992) de développer des critères différents pour les filles et les garçons lorsque divers de ces troubles seront évalués et ce, puisque les différences de genre influenceraient ces mêmes critères utilisés pour identifier ces différents troubles (Kavanagh & Hops, 1994). Ceci aura pour conséquence de représenter à sa juste valeur

le phénomène des filles quant au trouble des conduites et de l'opposition. Ceci aura de plus comme conséquence de délimiter des catégories au sein de groupes hétérogènes.

Au niveau de l'instrument de mesure utilisé (DISC-2.25), la traduction française en correspondance avec le DSM-IV est des plus attendue pour pouvoir transposer les améliorations de ce dernier sur les évaluations futures des populations adolescentes.

Une autre orientation à préconiser concerne une meilleure compréhension des bases de la délinquance autant féminine que masculine. Ainsi, il sera important de vérifier si les taux de la délinquance féminine sont réels en comparaison de ceux masculins ou si plutôt, comme les études tendent à le rapporter depuis quelques temps, les taux sont influencés par une société plus ou moins tolérante et paternaliste vis-à-vis les filles et leurs comportements délictueux (Van Gijsegem, 1980; Viale-Val & Sylvester, 1993). Somme toute, ces efforts serviront non seulement à la recherche mais aussi pour la prévention et le traitement.

L'étendue d'âge de 14 à 17 ans de cette présente recherche constitue une qualité. Elle a permis de bien délimiter une période précise de l'adolescence (puberté) contrairement à d'autres études qui ont englobé l'adolescence tant à la période pré-pubère, qu'à la période pubère et post-pubère. Ainsi, il a été clairement établi que les taux de prévalence des troubles étudiés diffèrent selon ces différentes périodes et que la

conséquence de présenter ces taux sans distinction quant à la période (âge) de l'adolescence confond ces mêmes taux en les rendant plus hétérogènes et moins fiables.

Parmi les limites de cette étude, notons tout d'abord la taille de l'échantillon utilisée. Le peu de participants à l'étude fait en sorte que celle-ci est limitée dans la généralisation qu'il peut en être faite. Le peu de diversité dans les analyses statistiques ajoutent aux limites. En effet, tout au plus il aura été possible de statuer sur les liens entre les variables à l'étude. Le choix de l'instrument utilisant que des mesures discrètes limitait ce choix. Aussi, avoir utilisé les parents et les professeurs dans le choix d'informants du DISC plutôt que de se limiter à l'adolescent lui-même aurait aussi ajouté à la rigueur de l'étude. Cette manière de faire aurait ainsi permis de relativiser les quelques écarts existants à ce niveau d'où les parents semblent coter plus souvent les troubles extériorisés et moins souvent, les troubles intériorisés comparativement aux adolescents eux-mêmes. L'utilisation de multiples informants (parents-adolescents) a de plus l'avantage de relativiser là où les adolescents peuvent tendre à nier ou à minimiser des symptômes socialement indésirables (Cantwell, Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1997). Le fait de ne pas avoir utilisé d'interjuge limite de plus la portée de cette étude. Aussi, de par la faible fiabilité de la version française du DISC-2.25 au niveau des troubles extériorisés par les adolescents (Romano et al., 2001), l'ajout du DISC-2.25 auprès des parents aurait pu ajouter à la rigueur de l'étude. Finalement, une étude longitudinale plutôt que transversale aurait ajouté à la rigueur de l'étude en représentant plus fidèlement la réalité.

Conclusion

L'objectif premier de la présente étude était d'étudier les différences de genre à l'adolescence au niveau du trouble des conduites, du trouble oppositionnel avec provocation, du trouble dépressif majeur et du trouble dysthymique. L'objectif second était d'étudier la concomitance entre ces troubles. Les résultats obtenus confirment en partie que les troubles extériorisés (troubles des conduites et trouble oppositionnel avec provocation) sont en général plus caractéristiques des garçons et que les troubles intériorisés (trouble dépressif majeur et trouble dysthymique) sont plus caractéristiques des filles. Nous retrouvons de plus une propension beaucoup plus importante du groupe Centres jeunesse à présenter ces troubles. Finalement, cette étude a permis d'apporter de nouvelles contributions au développement des connaissances dans ce domaine en évaluant non seulement les diagnostics mais aussi les critères et les symptômes et ceci, sur chacun des troubles à l'étude. Les résultats de plus appuient le besoin de pousser plus loin les études faites jusqu'à maintenant et ce, au niveau des critères plus spécifiquement et d'inclure les filles en proportion égale.

Références

Angold, A., & Costello, E.J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents; empirical, theoretical, and methodological issues. American Journal of Psychiatry, 150, 1779-1791.

Angold, A., & Costello, J. (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 35(9), 1205-1212.

American academy of child and adolescent psychiatry, work group on quality issues (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Journal-of-the-American-Academy-of-Child-and-Adolescent-Psychiatry, 37(10), 63s-83s.

Association américaine de psychiatrie (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition, Revised. Washington, DC.

Association américaine de psychiatrie (1996). DSM-IV, Manuel diagnostique et Statistique des troubles mentaux (4^e éd.) (version internationale) Traduction française, Paris, Masson.

Atkins, M.S., McKay, M.M., Talbott, E., & Arvanitis, P. (1996). DSM-IV diagnosis of conduct disorder and oppositional defiant disorder : Implications and guidelines for school mental health teams. School Psychology Review, 25, 274-283.

Beaudoin, A., Brousseau, M., Simard, M., Trottier, G., & Vachon, J. (1991). Problèmes des jeunes en difficulté : analyse des typologies et des classifications. Québec :Laboratoire de recherche, École de service social, Faculté des sciences sociales, Université Laval.

Bergeron, L., Valla, J.P., & Breton, J.J. (1992). Pilot study for the Quebec child mental health survey : Part II. Correlates of DSM-III-R criteria among 6 to fourteen year olds. Canadian Journal of Psychiatry, 37, 374-386.

Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M.S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagan, A., Sanchez-Lacay, A., & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey of Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, 45, 1120-1126.

Brage, D.G. (1995). Adolescent depression; A review of the literature. Archives of Psychiatric Nursing, 25, 45-55.

Casper, R. Belanoff, J., & Offer, D. (1996). Gender differences, but no racial group differences, in self-reported psychiatric symptoms in adolescents. Journal of Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 35(4), 500-508.

Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C., & Gaudet, N. (1999). Quebec child mental health survey : Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. Journal-of-the-Child-Psychology-and-Psychiatry-and-Allied-Disciplines, 40(3), 375-384.

Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (1998). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2-25) in Quebec : Reliability finding in light of the MECA study. Journal of American Child and Adolescents Psychiatry. 37(11), 1167-1174.

Burket, R.C., & Myers, W.C. (1995). Axis 1 and personality. Comorbidity in adolescents with conduct disorder. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 23(1), 73-82.

Calhoun, G., Jurgens, J., & Chen, F. (1993). The neophyte female delinquent : A review of the literature. Adolescence, 28(110), 461-471.

Cantwell, D.P., Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. Journal of Academic Child and Adolescence Psychiatry, 36(5), 610-619.

Capaldi, D.M. (1991). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys : 1. Familial factors and general adjustment at grade six. Development and Psychopathology, 3, 227-300.

Carlson, C.L., Tamm, L., & Gaub, M. (1997). Gender differences in children with ADHD, ODD and co-occurring ADHD/ODD identified in a school population. Journal-of-the-American-Academy-of-Child-and-Adolescent-Psychiatry, 36(12), 1706-1714.

Clogg, C.C. (1995). Latent class models. Dans G. Arminger, C.C. Clogg, & M.E. Sobel (Éds.), Handbook of Statistical Modeling for the Social and Behavioral Sciences (pp.311-359). New York : Plenum Press.

Cohen, P., Velez, N., Kohn, M., Schwab-Stone, M., & Johnson, J. (1987). Child psychiatric diagnosis by computer algorithm : Theoretical issues and empirical tests. Journal-of-the-American-Academy-of-Child-and-Adolescent-Psychiatry, 26, 631-638.

Costello, A., Edelbrock, C., Kalas, R., Kessler, M., & Klaric, S.A. (1982). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). Bethesda, MD : National Institute of Mental Health.

Craighead, W., Curry, J.F., & Ilardi, S.S. 1995). Relationship of children's inventory factors to major depression among adolescents. Psychological Assessment, 7(2), 171-176.

D'Amours, Y. (1995). Le point sur la délinquance et le suicide chez les jeunes. Québec : Conseil permanent de la jeunesse, 2-98.

Déry, M., Toupin, J., Mercier, H. Pauzé, R., & Fortin, L. (1996). Correlates of conduct disorder and gender; a case control study. Poster of ISSBD Conference.

Egan, J. (1991). Oppositional defiant disorder. Dans M. Jerry et M.D. Wiener (Éds), Textbook of child and adolescent psychiatry (pp.276-287). American Psychiatric Press.

Esser, G., Schmidt, M. H., & Woerner, W. (1990). Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children : Results of a longitudinal study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 243-263.

Ferland, A., & Cloutier, R. (1996). L'inadaptation psychosociale des adolescents. Comparaison des filles et des garçons. Québec : Centre de recherche sur les services communautaires. Faculté des sciences sociales. Université Laval.

Fleming J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders :A critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 571-580.

Fortin, L., & Bigras, M. (1997). Les facteurs de risque et les programmes de prévention auprès d'enfants en trouble de comportements. Eastman, Québec : Behaviora.

Frick, P.J. (1998a). Conduct disorders. Dans M. Hersen & T. H. Ollendick (Éds), Handbook of Child Psychopathology (pp.213-237).New York : Plenum Press.

Frick, P. J. (1998b). Conduct disorders and severe antisocial behavior. Clinical Child Psychology Library. Plenum Press; New York.

Gaoni, L., Couper Black, Q., & Baldwin, S., (1998). Defining adolescent behaviour disorder : An overview. Journal of Adolescence, 21 (1-13), 1-13.

Garnefski, N., & Diekstra, R. (1997). « Comorbidity » of behavioral, emotional, and cognitive problems in adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 26(3), 321-332.

Giguère, J. (2000). Le style parental et les différences liées au genre chez les adolescents dépressifs, à trouble extériorisés et délinquant. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Gjerde, P.F., Block, J., & Block, J.H. (1988). Depressive symptoms and personality during late adolescence: Gender differences in the externalization-internalization of symptom expression. Journal of Nonclinical Psychology, 97(4), 475-486.

Hämäläinen, M., & Pulkkinen, L. (1996). Problem behavior as a precursor of male criminality. Development and Psychopathology, 8, 443-455.

Hammen, C. L. (1997). Depression. Hove: Psychology Press. Clinical Psychology, a modular course.

Hammen, C., & Rudolph, K.D. (1996). Childhood depression. Dans E. Mash et R. A. Barkley (Éds), Child Psychopathology (pp 153-169). New York: The Guilford Press.

Harris, L., Blum, R.W., & Resnick, M. (1991). Teen females in Minnesota: A portrait of quiet disturbance. Women and Therapy, 11(3-4), 119-135.

Hill, J.P., & Lynch, M.E. (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. Dans J. Brooks-Gunn & A. Peterson (Éds), Girls at puberty: Biological and psychosocial perspectives (pp.201-208). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hinshaw, S.P., & Anderson, C.A. (1996). Conduct and oppositional defiant disorders. Dans E.J. Mash & R.A. Barkley (Éds), Child Psychopathology (pp.113-149). New York: The Guilford Press.

Holsen, I., Kraft, P., & Vitterso, J. (2000). Stability in depressed mood in adolescence: Results from a 6-year longitudinal panel study. Journal of Youth and Adolescence, 29(1), 61-78.

Huizinga, D., Loeber, R., Thornberry, T.P., & Cothorn, L. (2000). Co-occurrence of delinquency and other problem behaviors. Juvenile Justice Bulletin.

Kann, T.K., & Hanna, F.J. (2000). Disruptive behavior disorders in children and adolescents: How do girls differ from boys? Journal of Counselling and Development.

78, 267-274.

Kashani, J. H., Beck, N. C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. American Journal of Psychiatry, *144*, 584-589.

Kauffman, J.M. (1997). Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth (6^e éd.). Merrill : New Jersey.

Kavanagh, K., & Hops, H. (1994). Good girls? Bad boys? Gender and development as contexts for diagnosis and treatment. Advances-in-Clinical-Child-Psychology, *16*, 45-79.

Kazdin, A.E. (1995). Conduct disorders in childhood and adolescence (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.

Kovacs, M., Paulauskas, S., Constantine, G., & Richards, C. (1988). Depressive disorder in childhood. III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. Journal of Affective Disorder, *15*, 205-217.

Lahey, B.B., Goodman, S.H., Waldman, I.D., Bird, H., Canino, G., Jensen, P., Regier, P.J., Gordon, R., & Applegate, B. (1999). Relation of age of onset to the type and severity of child and adolescent conduct problems. Journal of Abnormal Child Psychology, *27(4)*, 247-260.

Lahey, B.B., & Loeber, R. (1994). Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder. Dans D.K. Routh (Éd.), Disruptive behavior disorders in childhood (pp. 139-180). New York : Plenum Press.

Lahey, B.B., & Loeber, R. (1997). Attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and antisocial behavior: A life span perspective. Dans D. M. Stoff, J. Brieling et J.D. Maser (Éds.), Handbook of antisocial behavior (pp.51-59). Etats-Unis : Wiley Press.

Lahey, B.B., Miller, T.L., Gordon, R.A., & Riley, A.W. (1999). Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders. Dans H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds.), Handbook of disruptive behavior disorders (pp. 23-48). New York : Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Lahey, B.B., Schwab-Stone, M., Goodman, S.H., Waldman, I.D., Canino, G., Rathouz, P.J., Miller, P.J., Dennis, K.D., Bird, H., & Jensen, P.S. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems : A cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. Journal of Abnormal Psychology, *109(3)*, 488-503.

Lenssen, S., Doreleijers, T., van Dijk, M.E., & Hartman, C. (2000). Girls in detention :what are their characteristics? A project to explore and document the character of this target group and the significant ways in wich it differs from one consisting of boys. Journal of Adolescence, 23(3), 288-303.

Lesage, A. (1999). Extrait du vidéo « La dépression chez les jeunes » produit par l'association des dépressifs et maniaco-dépressifs. Sogestalt 2001 inc.

Leschied, A. W., Cummings, A. L., Van Brunshot, M., Cunningham, A., & Saunders, A. (2001). Agression in adolescent girls : Implications for policy, prevention, and treatment. Canadian Psychology, 43, 200-215.

Leslie, S. A. (1974). Psychiatric disorder in the young adolescents of an industrial town. British Journal of Psychiatry, 125, 113-124.

Lewinsohn, P.M., Hops, H., Robert, R.E., Seeley, J.R., & Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology : 1. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. Journal of Abnormal Psychology, 102, 133-144.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., & Hops, H. (1991). Comorbidity of unipolar depression : 1. Major depression with dysthymia. Journal of Abnormal Psychology, 100(2), 205-213.

Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions : Effects of age and gender. Clinical Psychology Review, 14(6), 497-523.

Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. Revue québécoise de psychologie, 16(3), 109-131.

Marcotte, D. Alain, M., & Gosselin, M.J. (1999). Gender differences in adolescent depression : Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? Sex Roles, 41(1/2), 31-48.

Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. & Papillon, M. (sous presse). Gender differences in depressive symptoms during adolescence : The role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, streesful life events and pubertal status. Journal of emotional and behavioral disorders.

Marcotte, D., & Gosselin, M.J. (1997). Le rôle de l'appréciation subjective de l'habileté de résolution de problème dans la dépression chez les adolescents. Science et Comportement, 25(3), 299-314.

Marmorstein, N. R., & Ianoco, W. G. (2001). An investigation of female adolescent twins with both major depression and conduct disorder. Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 40(3), 299-306.

Masi, G., Favilla, L., Mucci, M., Poli, P., & Romano, R. (2001). Depressive symptom in children and adolescents with dysthymic disorder. Psychopathology, 34, 29-35.

Mathews, F. (1998). Violent and aggressive girls. Journal of Child and Youth Care, 11(4), 1-23.

McConaughy, S. H., & Achenbach, T.M. (1994). Comorbidity of empirically based syndromes in matched general population and clinical samples. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35(6), 1141-1157.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 611-619.

Merikangas, K. R., & Angst, J. (1995). The challenge of depressive disorders in adolescence. Psychosocial disturbances in young people. Challenges for prevention. Edited by Michael Rutter, institute of psychiatry, University of London, Cambridge University Press.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. Development-and-Psychopathology, 8(2), 399-424.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. Psychological-Bulletin, 101(2), 259-282.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender difference in depression during adolescence. Psychological Bulletin, 115, 424-443.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 77(5), 1061-1072.

Offord, D.T., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N., Links, P.S., Cadman, D.T., Byles, J.A., Crawford, J.W., Blum, H.M., Byrne, C., Thomas, H., & Woodward,

C.A.(1987). Ontario child health study : II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. Archives of General Psychiatry, 44, 832-836.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., & Mercier, H. (2000). Les soins aux jeunes en difficulté, Volet 1 : Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des huit premier mois. Rapport de recherche du Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE), Université de Sherbrooke.

Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. American Psychologist, 48(2), 155-168.

Petersen, A.C., Sarigiani, P.A., & Kennedy, R.E. (1991). Adolescent depression : Why more girls? Journal of Youth and Adolescence, 20(2), 247-271.

Petot, D. (1999). Les dépressions. Dans E. Habimana, Éthier, L.S., Petet, D., et M. Tousignant (Éds), Psychopathologie des enfants et des adolescents (pp.111-137). Boucherville : Gaetan Morin.

Pliska, S.R., Sherman, J.O., Barrow, V., & Irick, S. (2000). Affective disorder in juvenile offenders : A preliminary study. The American Journal of Psychiatry, 157(1), 130-132.

Poznanski, E.O., & Mokros, H.B. (1994). Phenomenology and epidemiology of mood disorders in children and adolescents. Dans W.M.Reynolds et H.F. Johnston (Éds), Handbook of depression in children and adolescents (pp.19-35). New York : Plenum Press.

Radloff, L.S. (1991). The use of the center for epidemiologic studies depression scale in adolescents and young adults. Journal-of-the-Youth-and-Adolescence, 20(2), 149-166.

Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakiz, B., Silverman, A.M., Frost, A.K., & Lefkowitz, E.S. (1993). Psychosocial risk for major depression in late adolescence : longitudinal community study. Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 32(60), 1155-1164.

Rey, J.M. (1994). Comorbidity between disruptive disorders and depression in referred adolescents. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 28, 106-113.

Robins L. N., & Price R. K. (1991). Adult disorders predicted by childhood conduct problems : Results from the NIMH epidemiologic catchment area project. Psychiatry : Journal for the Study of Interpersonal Processes, 54(2), 116-132.

Romano, E., Tremblay, R., Vitaro, F., Zoccolillo, M., & Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment : Findings from an adolescent community sample. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42(4), 451-461.

Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression : Issues and Perspective. Dans M.Rutter, C.E. Izard, & P.B. Read (Éds.), Depression in young people : Developmental and clinical perspective. New York : Guilford Press.

Saint-Jacques, M-C., McKinnon, S., & Potvin, P. (2000). Les problèmes de comportement chez les jeunes : Recension des écrits scientifiques et des programmes d'intervention. Québec : Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire.

Santé Québec (1993). Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services. Faits saillants (réalisée par Santé Québec et l'Hôpital Rivières-des-Prairies; coordination pour Santé Québec : Louise Guyon, Carole Daveluy, responsables au service de recherche, Hôpital Rivières-des-Prairies : Jean-Pierre Valla, Jean-Jacques Breton).

Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness : On depression, development and death. San Francisco: Freeman.

Sethi, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1997). Gender differences in internal and external focusing among adolescents. Sex Roles, 37(9-10), 687-700.

Shaffer, D., Fisher, P., Piacentini, J., Schwab-Stone, M., & Wicks, J. (1991). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25). New York : Division of child and adolescent psychiatry, New York State Psychiatric Institute.

Sholevar, P.G. (1995). Conduct disorders in children and adolescents. Washington : American Psychiatric Press, England.

Silverthorn, P., & Frick, P.J.(1999). Developmental pathways to antisocial behavior : The delayed-onset pathway in girl. Development and Psychopathology, 11(1), 101-126.

Stahl, N. D., & Clarizio, F. (1999). Conduct disorder and comorbidity. Psychology in the School, 36(1), 41-50.

Steffensmeier, D. (1978). Crime and the contemporary woman : An analysis of changing levels of female property crime. Social Force, 57, 566-584.

Tavris, C. (1992). The mismeasure of woman. New York : Simon & Schuster.

Taylor, E. (1994). Syndrome of attention deficit and overactivity. Dans M. Rutter et L. Hersov (Éds), Child and Adolescent Psychiatry : Modern Approach. Oxford : Blackwell scientific publications.

Valla, J. P., & Bergeron, L. (1994). L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents. Paris, Presses Universitaires de France, collection nodules, 128 pages.

Valla, J.P., Bergeron, L., Breton, J.J., Gaudet, N., Berthiaume, C., St-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L., Lépine, S., & Smolla, N. (1992). Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans. Rapport de recherche, volume 1. Direction Santé Québec.

Valla, J.P., Bergeron, L., & Lageix, P. (1996a). Variables associées au trouble d'opposition et des conduites. Dans J.P. Valla, L. Bergeron, P. Lageix & J.J. Breton (Éds), L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents (pp.98-113).

Valla, J.P., Bergeron, L., & Lageix, P. (1996b). Problématique théorique de l'étude épidémiologique des variables associées à la psychopathologie. Dans J.P. Valla, L. Bergeron, P. Lageix & J.J. Breton (Éds), L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents (pp.2-30).

Van Gijseghem, H. (1980). Le crime féminin et masculin : Deux expressions d'une même délinquance. Revue québécoise de psychologie, 1(1), 109-122.

Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F., & Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. Archives of General Psychiatry, 54, 329-336.

Viale-Val G., & Sylvester, C. (1993). Female delinquency. Dans M. Sugar (Éds), Female adolescent development (pp.169-191). New York, USA Brunner/Mazel, Inc.

Vitaro, F., Dobkin, P.L., Gagnon, C., & LeBlanc, M. (1994). Problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : Prévalence, déterminants et prévention. Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec.

Vitaro, F., & Gagnon, C. (1999). Le trouble oppositionnel chez l'enfant. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot, et M. Tousignant (Éds), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (pp.207-225). Boucherville : Gaetan Morin.

Walgarve, L. (1992). Délinquance systématisée des jeunes et vulnérabilité sociétale : Essai de construction d'une théorie intégrative. Genève : Éditions médecine et hygiène.

Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence : The role of intensified gender socialisation. Developmental Psychology, 35 (1), 232-245.

Willemsen, T. M., & Van-Schie, E.C. (1989). Sex stereotypes and responses to juvenile delinquency. Sex Roles, 20, 623-638.

Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders : A review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 547-556.

Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder. Development and Psychopathology, 5(1-2), 65-78.

Zoccolillo, M., & Huard, M. (1999). Le trouble des conduites. Dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (Éds), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (pp.183-205). Boucherville : Gaetan Morin.

Zoccolillo, M., Tremblay, R., & Vitaro, F. (1996). DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in pre-adolescent girls : Specific but insensitive. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(4), 461-470.

Appendice

Appendice A

Critères du trouble des conduites

Tableau 1

Critères diagnostiques utilisés dans la définition du trouble des conduites
selon le DSM-III-R

Perturbation des conduites persistant au moins six mois, durant lesquels on a pu retrouver au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) vol sans affrontement avec la victime à plus d'une reprise (escroquerie comprise)
- (2) fugues nocturnes au moins à deux reprises alors qu'il/elle vit chez ses parents ou dans un placement familial; (ou bien une seule fugue sans retour).
- (3) mensonges fréquents (pas seulement pour éviter une agression physique ou sexuelle)
- (4) a délibérément mis le feu
- (5) fait souvent l'école buissonnière (plus tard, s'absente du travail)
- (6) a pénétré de force dans la maison de quelqu'un, dans un bâtiment ou une voiture
- (7) a délibérément détruit les biens d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)
- (8) a été physiquement cruel envers les animaux
- (9) a contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec lui/elle
- (10) a utilisé une arme dans plus d'une bagarre
- (11) commence souvent les bagarres
- (12) vol impliquant un affrontement avec la victime (par exemple: agression, vol de porte-monnaie, extorsion d'argent, vol à main armée)
- (13) a été physiquement cruel envers des personnes.

Appendice B

Critères du trouble oppositionnel avec provocation

Tableau 2

Critères diagnostiques utilisés dans la définition du trouble oppositionnel avec provocation selon le DSM-III-R

Perturbation persistant au moins six mois, durant lesquels on retrouve au moins cinq des signes suivants :

- (1) se met souvent en colère
- (2) conteste souvent ce que disent les adultes
- (3) s'oppose souvent activement aux demandes et aux règlements des adultes, par exemple: refuse de faire les corvées domestiques à la maison
- (4) fait souvent de façon délibérée des actes qui dérangent les autres, par exemple: saisit brutalement les chapeaux des autres enfants
- (5) « en veut » souvent à autrui de ses propres erreurs
- (6) est souvent susceptible ou facilement agacé par autrui
- (7) est souvent en colère ou rancunier
- (8) est souvent haineux ou vindicatif
- (9) jure fréquemment ou utilise des expressions obscènes

Appendice C

Critères du trouble dépressif majeur

Tableau 3

Critères diagnostiques utilisés dans la définition d'un Épisode dépressif majeur selon le DSM-III-R

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- (1) humeur dépressive (ou éventuellement irritabilité chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres
- (2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres et décrite comme une apathie constante)
- (3) perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime (par exemple: plus de 5% du poids corporel en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours (chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue)
- (4) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- (5) agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
- (6) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
- (7) sentiment d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
- (8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- (9) pensées récurrentes de la mort (pas seulement une crainte de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Appendice D

Critères du trouble dysthymique

Tableau 4

Critères diagnostiques utilisés dans la définition du trouble dysthymique selon le DSM-III-R

- A. Humeur dépressive (pouvant se traduire par une humeur irritable chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, la majeure partie du temps, signalée par le sujet ou observée par les autres, pendant au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents)
- B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des critères suivants :
 - (1) perte de l'appétit ou hyperphagie
 - (2) insomnie ou hypersomnie
 - (3) baisse d'énergie ou fatigue
 - (4) faible estime de soi
 - (5) difficulté de concentration ou difficulté à prendre des décisions
 - (6) sentiment de perte d'espoir
- C. Au cours d'une période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), les symptômes de A n'ont jamais été absents pendant plus de deux mois consécutifs
- D. Absence de signes en faveur d'un Épisode dépressif majeur manifeste au cours des deux premières années du trouble (de la première année pour les enfants et les adolescents)