

Article

« Gravité de la consommation de psychotropes des adolescents ayant un trouble des conduites »

Myriam Laventure, Michèle Déry et Robert Pauzé

Criminologie, vol. 39, n° 2, 2006, p. 165-188.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014432ar>

DOI: 10.7202/014432ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Gravité de la consommation de psychotropes des adolescents ayant un trouble des conduites

Myriam Laventure

*Département de psychoéducation
Université de Sherbrooke
Myriam.Laventure@USherbrooke.ca*

Michèle Déry

*Département de psychoéducation
Université de Sherbrooke
Michele.Dery@USherbrooke.ca*

Robert Pauzé

*Département de psychoéducation
Université de Sherbrooke
Robert.Pauze@USherbrooke.ca*

RÉSUMÉ • Bien que le trouble des conduites soit reconnu pour être le trouble le plus associé à une consommation problématique de psychotropes, relativement peu de recherches ont examiné les caractéristiques de cette consommation chez des jeunes ayant spécifiquement un diagnostic de trouble des conduites. À partir de plusieurs indicateurs de gravité de la consommation de psychotropes, l'étude propose de tracer un portrait de cette consommation chez des garçons et des filles présentant un trouble des conduites (N = 181) et de déterminer si ce portrait se distingue de celui d'autres jeunes dont les comportements antisociaux ne respectent pas les critères diagnostiques de ce trouble (N = 204). L'étude montre que les jeunes qui ont un trouble des conduites se distinguent des autres jeunes sur la presque totalité des indicateurs de gravité mesurés. L'usage de drogues dures, la fréquence élevée de la consommation et la présence de conséquences négatives liées à la prise des psychotropes sont les indicateurs les plus étroitement associés à la présence de ce trouble. Si ces résultats illustrent la gravité du portrait de consommation de ces jeunes, ils suggèrent aussi que la présence de conséquences négatives peut constituer un important levier pour l'intervention.

MOTS CLÉS • adolescent, trouble des conduites, psychotropes, différence selon le genre.

ABSTRACT • *Although conduct disorder is among disorders mostly associated with substance misuse at the adolescence, relatively few studies examined the characteristics of this consumption of teenagers who have a diagnosis of conduct disorder. Based on many indicators of the severity of the substance consumption, the purposes of this study were to describe substance consumption pattern of boys and girls with conduct disorder (N = 181) and to determine if their consumption is different from that of teenagers who also have antisocial behaviour, but no diagnosis of conduct disorder (N = 204). The results showed that youths with conduct disorder are significantly different from youths without conduct disorder on almost all indicators of severity. The use of hard drugs, regular consumption and presence of negative consequences associated with substance use were the indicators mostly related to the presence of a conduct disorder. These findings are examined in the perspective of treatment programs for youths with conduct disorder.*

KEY WORDS • *adolescent, conduct disorder, substances use, gender difference.*

La présence d'un trouble des conduites à l'adolescence mérite toute notre attention. Ce trouble est, en effet, la forme la plus sévère de conduites antisociales chez les enfants et les adolescents à être définie dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association (APA), 2000). Caractérisé par des conduites persistantes d'agression, de destruction, de fraudes, de vols ou de violation des règles, ce trouble génère des torts considérables tant aux jeunes eux-mêmes qu'à la société (Pratt *et al.*, 2003 ; Scott *et al.*, 2001). Il engendre, en outre, des coûts de réadaptation psychosociale et judiciaires importants comme peut l'illustrer la prévalence élevée de ce trouble chez les clientèles des centres jeunesse du Québec: près de la moitié des adolescents desservis par ces centres présentent des problèmes qui répondent aux critères diagnostiques du trouble des conduites (Pauzé *et al.*, 2004).

L'intervention auprès des jeunes qui ont un trouble des conduites se complexifie du fait que ce trouble est le plus fortement associé à l'usage de psychotropes chez les adolescents (Moss et Lynch, 2001). Certaines études appuient même l'idée que ce trouble serait le plus associé à une consommation problématique de psychotropes, bien que ces études aient été réalisées auprès de jeunes antisociaux ne rencontrant pas nécessairement les critères diagnostiques de ce trouble (Armstrong et Costello, 2002; Jainchill *et al.*, 2005; Moss, & Lynch, 2001; US Department of Health and Human Services, 1999). La cooccurrence des problèmes de consommation et des conduites antisociales peut avoir des répercussions graves puisqu'elle a été associée à une augmentation

de la sévérité des comportements antisociaux (Copur *et al.*, 2005 ; White *et al.*, 1999) et à un risque accru que ces jeunes maintiennent les conduites antisociales à l'âge adulte (Maughan *et al.*, 2004 ; Ridenour *et al.*, 2002). Il est donc important pour l'intervention de déterminer s'il existe un portrait de consommation qui distingue les jeunes qui ont un trouble des conduites ou si ces jeunes ont plutôt une consommation comparable à celle d'autres jeunes antisociaux.

La présente étude propose de tracer un tel portrait à partir des principaux indicateurs permettant d'estimer la gravité de la consommation de psychotropes. Ces indicateurs seront d'abord présentés puis examinés dans les études menées auprès de jeunes ayant des conduites antisociales (avec ou sans trouble des conduites) susceptibles de fournir des informations sur leur consommation de psychotropes.

Indicateurs de la gravité de la consommation de psychotropes

Un consensus se dégage sur les indicateurs devant être utilisés pour estimer la gravité de la consommation de psychotropes à l'adolescence (Bolognini *et al.*, 2001 ; Kaminer, 1994 ; Vitaro *et al.*, 2000). Parmi les plus souvent cités, on retrouve la fréquence de l'usage, la nature et la diversité des psychotropes consommés, la quantité absorbée, l'âge d'initiation aux psychotropes, l'âge de la consommation régulière et les raisons de la consommation. Ainsi, la consommation sera jugée d'autant plus grave qu'elle est hebdomadaire ou abusive (Kaminer et Bukstein, 1998 ; Zapert *et al.*, 2002), qu'il s'agit de substances hallucinogènes ou de drogues dures (solvants, cocaïne, héroïne, etc.) (Bentler *et al.*, 2002 ; Zapert *et al.*, 2002), qu'elle a débuté avant l'âge de 11 ans et qu'elle est devenue hebdomadaire avant l'âge de 14 ans (Clark *et al.*, 2004 ; Sung *et al.*, 2004 ; Weinberg *et al.*, 1998), que les raisons de consommer sont liées à des problèmes personnels (APA, 2000 ; Segal et Stewart, 1996) et, enfin, que des conséquences négatives résultent de la consommation de psychotropes (APA, 2000 ; Martin *et al.*, 1995).

Un consensus se dégage également sur la nécessité de considérer plusieurs de ces indicateurs, sinon l'ensemble, pour caractériser la consommation de psychotropes (APA, 2000 ; Kaminer, 1994 ; Vitaro *et al.*, 2000). Enfin, pour l'intervention, sachant que la reconnaissance d'un problème et d'un besoin d'aide est associée à une meilleure participation au traitement et à de meilleurs résultats (Prochaska *et al.*,

2003), documenter la préoccupation des jeunes face à leur consommation et leur estimation d'un besoin d'aide s'avère essentiel.

*La consommation de psychotropes des jeunes
ayant des conduites antisociales*

Les chercheurs s'étant penchés sur la gravité de la consommation des jeunes présentant des conduites antisociales (que ces jeunes aient ou non un trouble des conduites) se sont surtout intéressés à deux indicateurs de gravité, soit la fréquence et la nature (incluant le type de psychotropes et leur diversité) de la consommation. La plupart de ces études concourent à démontrer que les adolescents qui ont des conduites antisociales consomment plus fréquemment, c'est-à-dire plus de jours par semaine ou par mois que les autres jeunes (Disney *et al.*, 1999; Myers *et al.*, 1998; U.S. Department of Health and Human Services, 1999; White *et al.*, 1999), qu'ils consomment davantage de drogues dures (Randall *et al.*, 1999; VanKammen *et al.*, 1990) et qu'ils font usage d'une plus grande diversité de psychotropes (Boyle et Offord, 1991; Gfeller et Hundleby, 1994; King *et al.*, 2004). Mais les associations entourant le type et la diversité de psychotropes ne sont pas toujours observées (Grilo *et al.*, 1996) et pourraient davantage décrire la consommation des filles, qui ont des conduites antisociales, que celle des garçons (Gfeller et Hundleby, 1994).

Les études qui ont traité d'autres types d'indicateurs renforcent l'idée que le trouble des conduites est associé à un âge précoce d'initiation aux psychotropes (entre 11,9 ans et 12,4 ans, tous psychotropes confondus) et à un âge précoce de consommation hebdomadaire (entre 12,8 et 13,6 ans) comparativement aux jeunes qui n'ont que peu ou pas de conduites antisociales (Hser *et al.*, 2003; King *et al.*, 2004; Reebye *et al.*, 1995). Concernant les raisons de la consommation, Beauchamps et Brunet (1994) rapportent que les jeunes qui ont commis des méfaits graves s'initient à la consommation de psychotropes pour des raisons extrinsèques (par curiosité, pour appartenir à un groupe d'amis, etc.), mais qu'ils surconsomment davantage pour des raisons intrinsèques (le refus de ce qu'ils sont, le besoin d'oublier des conflits ou des problèmes familiaux, etc.). McKay et Buka (1994) observent, pour leur part, que les adolescents qui ont un trouble des conduites consomment de l'alcool pour le plaisir, les émotions positives et le besoin de passer de bons moments avec des amis. Enfin, les études s'étant intéressées aux consé-

quences négatives associées à la consommation de psychotropes montrent que les jeunes qui ont un trouble des conduites vivent plus de difficultés sur le plan judiciaire (plus souvent arrêtés, plus de temps passé en détention) comparativement aux jeunes qui ont aussi un trouble des conduites, mais qui ne consomment pas (Copur *et al.*, 2005; Myers *et al.*, 1998).

Il est toutefois difficile d'aller plus loin dans la description de la gravité de la consommation des adolescents manifestant un trouble des conduites, les résultats des études demeurent fragmentaires et ne permettent pas d'avoir un portrait complet de leur consommation. En outre, il est toujours délicat de généraliser les résultats obtenus auprès de jeunes présentant des comportements antisociaux aux adolescents qui manifestent un trouble des conduites selon les critères du DSM. En effet, les études qui n'ont pas eu recours à ces critères n'évaluent pas les conduites antisociales de leurs participants à partir d'instruments qui tiennent compte de la persistance et de la récurrence de ces conduites sur plusieurs mois, ce qui est une caractéristique importante du trouble des conduites. Cela peut s'expliquer par la difficulté de recruter un nombre suffisant de participants présentant ce trouble en raison de sa prévalence relativement faible dans la population générale, comparativement à ce qui est observé dans des populations cliniques comme celle des centres jeunesse (Pauzé *et al.*, 2004). Si les caractéristiques des jeunes sélectionnés en milieu clinique ou dans la population générale diffèrent substantiellement (Goodman *et al.*, 1997), les résultats issus des échantillons cliniques peuvent s'avérer plus utiles pour l'intervention puisque ces résultats reflètent plus fidèlement la situation des jeunes pour lesquels des services doivent être offerts.

Par ailleurs, la majorité des études portant sur la consommation de psychotropes des jeunes ayant un diagnostic de trouble des conduites ont été réalisées en centre de réadaptation pour adolescents toxicomanes (Grilo *et al.*, 1996; Hser *et al.*, 2003; McKay et Buka, 1994; Myers *et al.*, 1998). Les résultats de ces études peuvent donc surévaluer la gravité de la consommation des jeunes ayant un trouble des conduites, puisque ces échantillons incluent uniquement des participants qui ont un problème de consommation. Enfin, soulignons qu'en dépit d'échantillons mixtes, très peu d'études examinent les différences liées au genre (Disney *et al.*, 1999; Gfeller et Hundleby, 1994; US Department of Health and Human Services, 1999). Or avoir un portrait plus exhaustif de la consommation des adolescents qui ont un trouble des conduites,

garçons et filles, demeure essentiel à documenter pour définir, s'il y a lieu, des interventions distinctes selon le genre.

Objectifs

L'étude vise, dans un premier temps, à tracer un portrait exhaustif de la consommation des garçons et des filles qui ont un trouble des conduites selon les critères diagnostiques de l'APA et à déterminer si ce portrait varie selon le genre et la présence ou non de ce trouble, lorsque les jeunes sont comparés à d'autres adolescents présentant des comportements antisociaux. Dans un second temps, l'étude cherche à déterminer les indicateurs de gravité de consommation les plus étroitement associés à la présence d'un trouble des conduites chez des adolescents. L'étude tient compte d'une grande diversité d'indicateurs pour établir la gravité de leur consommation et porte une attention particulière à la reconnaissance d'un problème de consommation et au besoin d'aide. Tous les participants sont issus d'un échantillon clinique (tiré de différents centres jeunesse) afin d'obtenir un nombre suffisant de jeunes ayant un trouble des conduites dans l'étude et, aussi, de maximiser les retombées des résultats pour l'intervention.

Méthode

Participants

L'étude porte sur un échantillon de 385 jeunes âgés de 12 à 17 ans, dont 181 (26 % de filles) présentent un trouble des conduites tel que défini dans le DSM-IV-TR (APA, 2000), et 204 (29 % de filles) ne présentent pas un tel trouble. Cet échantillon d'adolescents est tiré d'une recherche sur les caractéristiques des clientèles 0-17 ans des centres jeunesse menée par Pauzé et ses collaborateurs (2004). Ces adolescents ont été sélectionnés au hasard à partir de la liste hebdomadaire de tous les nouveaux cas qui ont été référés au service de prise en charge de quatre centres jeunesse (Montréal, Québec, Estrie, Côte-Nord) en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants*¹, de la *Loi sur la protection de la jeunesse* ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Cette sélection

1. Au moment où la collecte de données a été réalisée, la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* n'était pas encore en vigueur.

s'est faite de façon consécutive sur une année entre septembre 1998 et octobre 1999.

L'échantillon initial d'adolescents dans la recherche de Pauzé et ses collaborateurs était composé de 408 jeunes. Parmi ceux-ci, 181 manifestaient au moins trois des symptômes de conduites antisociales requis pour établir la présence d'un trouble des conduites, et ce, d'après l'entrevue diagnostique réalisée auprès du jeune lui-même ou de celle réalisée auprès d'un de ses parents (voir la section sur les mesures). Pour faire partie du groupe de comparaison, les jeunes de l'échantillon initial qui ne présentaient pas de trouble de conduite ($N = 227$) devaient, soit être pris en charge en vertu de la *Loi sur les jeunes contrevenants*, soit manifester au moins un symptôme du trouble des conduites s'ils étaient pris en charge en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Parmi les 227 jeunes restants, 204 rencontraient l'un ou l'autre de ces critères de sélection. Ces critères ont permis d'assurer que tous les jeunes du groupe de comparaison présentaient des conduites antisociales.

La proportion de garçons et de filles dans le groupe avec trouble des conduites et dans le groupe de comparaison est similaire, $\chi^2(1, N = 385) = 0,42$, n. s., tout comme l'âge moyen ($\bar{\chi} = 15,51$ ans, $\sigma = 1,48$ contre $\bar{\chi} = 15,53$ ans, $\sigma = 1,47$), $t(383) = 0,01$, n. s. Toutefois, la proportion de jeunes pris en charge selon la loi sur les jeunes contrevenants (48% dans le groupe avec trouble des conduites contre 62% dans le groupe de comparaison) ou selon les autres lois (52% contre 38%) est significativement différente entre les groupes, $\chi^2(1, N = 385) = 7,28$, $p < 0,01$, une différence attribuable au retrait, dans le groupe de comparaison, des jeunes ne manifestant pas de symptôme de trouble des conduites. Toutefois le nombre moyen de symptômes de ce trouble ne varie pas selon la loi de prise en charge, et ce, tant dans le groupe de comparaison ($t(202) = 1,62$, n. s.) que dans le groupe de jeunes qui ont des troubles des conduites ($t(179) = 0,74$, n. s.). Dans le groupe de comparaison, le nombre moyen de symptômes s'établit à 0,93 ($\sigma = 0,65$), comparativement à 3,38 ($\sigma = 1,39$) dans le groupe avec trouble des conduites, une différence qui, elle, est bien évidemment significative, $t(383) = 22,48$, $p < 0,001$.

Mesures

Trouble des conduites

La présence du trouble des conduites chez les adolescents a été établie à l'aide du Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25, Shaffer *et al.*, 1993), dans les versions françaises de Breton *et al.* (1998), adaptées pour les parents et pour les adolescents eux-mêmes. Ces versions françaises du DISC 2.25 étant basées sur les critères du DSM-III-R (APA, 1987), l'instrument a été légèrement modifié lors de l'étude de Pauzé *et al.* (2004) afin qu'il intègre les changements apportés pour le trouble des conduites dans le DSM-IV (APA, 1994) faisant passer de 13 à 15 la liste des symptômes possibles pour diagnostiquer la présence du trouble². Déry *et al.* (2004) ont observé une très bonne concordance entre les versions DSM-III-R et DSM-IV du protocole d'entrevue pour établir la présence d'un trouble des conduites auprès de différents informateurs.

Conformément aux critères du DSM-IV, un trouble des conduites est diagnostiqué chez le jeune lorsque trois symptômes ou plus lui sont reconnus au cours des 12 derniers mois, dont au moins un au cours des six derniers mois. Dans l'étude, la présence de ce trouble a été considérée lorsque l'ensemble des symptômes requis pour le diagnostic a été rapporté par le jeune lui-même ou par le parent. Ce choix s'appuie sur un corps important d'études montrant que différents informateurs peuvent donner une information unique et complémentaire sur la présence d'un trouble chez un enfant (Achenbach *et al.*, 1987; Jensen *et al.*, 1999).

Consommation de psychotropes

La consommation de psychotropes a été évaluée à l'aide de la section «alcool et drogue» de l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-ADO, Germain *et al.*, 1998). Composée de 25 points, cette section du questionnaire porte sur les principaux indicateurs actuellement reconnus pour établir la gravité de la consommation: la régularité de la consommation (occasionnelle, hebdomadaire, quotidienne); la nature des substances psychoactives consommées (alcool,

2. Il est à noter que les critères diagnostiques du trouble des conduites dans le DSM-IV (APA, 1994) et le DSM-IV-TR (APA, 2000) sont les mêmes.

cannabis, hallucinogènes, autres drogues); le nombre de psychotropes différents consommés au cours de la dernière année; l'âge d'initiation à la première consommation de chacun des psychotropes expérimentés; l'âge de la consommation régulière (soit l'âge où le jeune a commencé à consommer au moins une fois par semaine pendant au moins un mois, et ce, pour chacun des psychotropes expérimentés); les différentes raisons de consommation (à partir d'une liste préétablie de raisons classées comme étant récréatives ou problématiques); les conséquences négatives de la consommation de psychotropes (présence de pertes de conscience «*black out*», de mauvais voyages «*bad trip*», de surdose ou de dettes); l'intensité des problèmes liés à la consommation (sur une échelle de 0 à 4); et l'estimation du besoin d'aide (sur une échelle de 0 à 4).

Les études psychométriques publiées en 2002 par Landry et ses collègues ont permis de démontrer que l'IGT-ADO présente de bonnes propriétés métrologiques. Les données sur la consommation de psychotropes n'ont été recueillies qu'auprès du jeune, et ce, malgré les limites que soulève cette façon de faire. Puisque les informations recherchées sur la consommation concernent des données très fines (par exemple, la fréquence et la quantité hebdomadaire d'un psychotrope donné) et que cette consommation se fait le plus souvent à l'insu des parents, il aurait été difficile pour ceux-ci de répondre à de telles questions de façon précise. Pour ces raisons, les données recueillies auprès du jeune sur sa consommation de psychotropes sont reconnues comme les plus fiables et les plus rigoureuses (Williams et Nowatzki, 2005; Winters *et al.*, 1991).

Déroulement

Après l'obtention du consentement écrit de chaque adolescent et d'un de ses parents, la collecte de données a été faite dans le respect des normes éthiques du Conseil de recherche des sciences humaines du Canada (1997). Elle a été menée séparément auprès d'un des parents du jeune (celui qui s'occupe le plus des soins et de l'éducation de l'enfant) et de l'adolescent lui-même. Le recrutement des jeunes et des familles a été entièrement assumé par des professionnels des centres jeunesse. Les entrevues avec le parent et le jeune étaient réalisées à domicile par des étudiants diplômés ayant reçu, dans le cadre de la recherche, une formation d'une quarantaine d'heures pour la passation

des outils d'évaluation. Une compensation monétaire symbolique était allouée aux parents et aux adolescents pour leur participation à la recherche.

Résultats

Portrait de la consommation de psychotropes

Cette première section des résultats présente le portrait de la consommation de psychotropes des jeunes en fonction de chacun des indicateurs de gravité. Les résultats se rapportant à la consommation des garçons et des filles avec ou sans trouble des conduites apparaissent dans les tableaux 1 à 3.

Nature des psychotropes consommés

Une très forte proportion de jeunes ayant un trouble des conduites a déjà consommé de l'alcool et du cannabis (tableau 1). Bien que ce soit aussi le cas des jeunes sans trouble des conduites, les adolescents qui ont ce trouble sont significativement plus nombreux à avoir consommé de l'alcool, du cannabis et des drogues dures telles que les hallucinogènes, la cocaïne et l'héroïne. L'usage de ces différentes substances psychoactives est comparable chez les garçons et les filles, et ce, qu'il y ait présence ou absence d'un trouble des conduites.

Fréquence de la consommation des différents psychotropes

Pour une très forte proportion de jeunes consommateurs qui ont un trouble des conduites, l'alcool est consommé de façon occasionnelle ou hebdomadaire (90%) (tableau 1). Le cannabis, quant à lui, est consommé de façon hebdomadaire par plus du tiers des jeunes qui ont un trouble des conduites et de façon occasionnelle par près du quart d'entre eux. Le cannabis demeure le principal psychotrope à être consommé de façon quotidienne par les adolescents. Les autres types de drogues (hallucinogènes, cocaïne, héroïne) sont plutôt consommés de manière occasionnelle.

TABLEAU 1

Nature des psychotropes consommés et fréquence de la consommation

Indicateurs	Trouble conduites (TC)			Sans trouble conduites (non TC)			TC vs non TC χ^2
	Garçons	Filles	χ^2	Garçons	Filles	χ^2	
<i>Consommation à vie</i>							
Alcool (%)	92,5	97,9	1,74	85,5	86,4	0,03	6,82**
Cannabis (%)	88,8	89,4	0,01	72,4	72,9	0,01	16,28***
Autres drogues (%)	60,4	51,1	1,26	31	22	1,67	34,37***
<i>Fréquence de la consommation au cours de l'année précédant l'évaluation</i>							
Alcool (%)							
• Quotidienne	-	-		-	-		
• Hebdomadaire	38,3	33,6	1,57	28,2	18,6	2,90	9,05*
• Occasionnelle	56,7	57,5		55,2	67,8		
• Absence	5	8,9		16,6	13,6		
Cannabis (%)							
• Quotidienne	23,2	8,6		6,2	5,1		
• Hebdomadaire	35,8	48,9	6,85	28,3	18,6	2,17	34,31***
• Occasionnelle	24,6	31,9		34,5	44,1		
• Absence	16,4	10,6		31	32,2		
Autres drogues (%)							
• Hebdomadaire	8,9	14,5		2,1	6,7		
• Occasionnelle	47,8	36,6	2,46	27,6	15,3	6,05*	31,78***
• Absence	43,3	48,9		70,3	78		

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Toutefois, comme on peut aussi le constater dans le tableau 1, les fréquences de la consommation d'alcool, de cannabis et d'autres drogues des jeunes qui présentent un trouble des conduites sont significativement plus élevées que celles rapportées par les jeunes ne présentant pas ce trouble. Notons également que pour chacun des psychotropes étudiés, les garçons et les filles qui ont un trouble des conduites consomment à une fréquence semblable, ce qui n'est pas toujours le cas des jeunes qui n'ont pas ce trouble. En effet, dans ce groupe, les garçons sont significativement plus nombreux que les filles à consommer occasionnellement des drogues dures.

Diversité des psychotropes consommés

Les jeunes consommateurs qui ont un trouble des conduites font usage, en moyenne, de deux psychotropes différents. Il s'agit le plus souvent de l'alcool et du cannabis (tableau 2). Ce nombre est de 1,1 en moyenne dans le groupe sans trouble des conduites, ce qui est significativement plus faible. Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les garçons et les filles, qu'ils aient ou non un trouble des conduites.

Âge d'initiation aux différents psychotropes consommés

Les jeunes qui ont un trouble des conduites, sexe confondu, s'initient à l'alcool à 11,7 ans en moyenne, au cannabis à 12,5 ans, puis aux autres drogues à 13,8 ans. Seule l'initiation au cannabis se fait plus précocement chez les jeunes ayant un trouble des conduites comparativement

TABLEAU 2

Diversité, âge d'initiation et âge de la consommation régulière

Indicateurs	Trouble conduites (TC)			Sans trouble conduites (non TC)			TC vs non TC
	Garçons	Filles	F	Garçons	Filles	F	F
<i>Nombre de drogues différentes au cours de la dernière année</i>							
M (σ)	2,2 (1,5)	1,9 (1,4)	1,32	1,2 (1,1)	1,1 (1,1)	0,33	47,86***
<i>Âge d'initiation en année</i>							
Alcool (N=345)							
• M (σ)	11,5 (2,6)	12,3 (2,2)	3,28	11,9 (2,6)	12,4 (2,3)	1,82	1,39
Cannabis (N=309)							
• M (σ)	12,5 (1,6)	12,6 (1,3)	0,18	13,0 (1,6)	13,0 (1,5)	0,04	6,81*
Autres drogues (N=157)							
• M (σ)	13,9 (1,7)	13,6 (1,2)	0,59	14,5 (1,4)	13,5 (0,8)	5,54*	0,17
<i>Âge du début de la consommation régulière en année</i>							
Alcool (N=112)							
• M (σ)	14,4 (1,6)	13,8 (1,3)	1,71	14,7 (1,3)	14,5 (1,1)	0,31	2,37
Cannabis (N=202)							
• M (σ)	13,8 (1,5)	13,7 (1,4)	0,16	14,0 (1,3)	13,8 (1,1)	0,57	0,75
Autres drogues (N=25)							
• M (σ)	14,8 (1,1)	14,3 (1,0)	1,09	14,3 (1,5)	14,2 (0,5)	0,04	0,61

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

aux jeunes qui ne présentent pas ce trouble ($p < 0,01$). Si aucune différence n'est observée entre les garçons et les filles qui ont un trouble des conduites, chez les jeunes qui n'ont pas ce trouble, les filles s'initient plus précocement que les garçons aux drogues dures.

Âge de la consommation hebdomadaire des différents psychotropes consommés

Les jeunes qui ont un trouble des conduites s'initient d'abord à l'alcool, mais c'est la consommation de cannabis qui arrive au premier rang lorsqu'il s'agit de l'âge de la consommation hebdomadaire. Cela est également vrai pour les jeunes qui n'ont pas de trouble des conduites. L'âge de la consommation régulière n'est pas significativement différent entre les groupes ni entre garçons et filles.

Raisons de la consommation de psychotropes

Les différents motifs de consommation mentionnés par les jeunes apparaissent au tableau 3. Tant chez les adolescents qui ont un trouble des conduites que chez ceux qui n'ont pas ce trouble, la recherche de plaisirs est la raison la plus souvent évoquée, suivie par l'envie de faire de nouvelles expériences. Toutefois, les jeunes qui ont un trouble des conduites sont plus nombreux à rapporter qu'ils consomment pour oublier leurs problèmes, pour se calmer et pour le plaisir. Si les raisons de consommer sont assez similaires chez les garçons et les filles présentant un trouble des conduites, les filles qui n'ont pas ce trouble sont significativement plus nombreuses que leurs pairs masculins à rapporter consommer pour oublier leur problème, tandis que les garçons sont plus nombreux à affirmer consommer pour se stimuler.

Conséquences négatives associées à la consommation de psychotropes

Près de la moitié des jeunes qui ont un trouble des conduites reconnaissent avoir vécu des mauvais voyages (*bad trip*), près du quart ont connu des pertes de consciences (*black out*) et près du quart, aussi, ont des dettes (tableau 3). Ces jeunes rapportent davantage de conséquences négatives liées à leur consommation que les jeunes qui n'ont pas de trouble des conduites, c'est-à-dire davantage de pertes de conscience

TABLEAU 3
Raisons de consommation, conséquences négatives,
préoccupations et besoin d'aide

Indicateurs	Trouble conduites (TC)			Sans trouble conduites (non TC)			TC vs non TC
	Garçons	Filles	F	Garçons	Filles	F	F
<i>Raisons de consommation (%)</i>							
Essayer	47,8	48,9	0,02	51,0	47,5	0,22	0,14
Faire comme les autres	16,4	19,1	0,18	11,7	10,2	0,10	2,72
Plaisir	76,1	80,9	0,45	69,7	67,8	0,07	3,30*
Se calmer ou dormir	32,1	25,5	0,71	22,8	13,6	2,21	5,42**
Oubli des problèmes	22,4	31,9	1,69	9,0	28,8	13,17***	6,31**
Mieux dans sa peau	9,7	14,9	1,95	6,2	6,8	0,02	2,68
Stimuler	23,9	25,5	0,05	23,4	10,2	4,69*	1,24
<i>Conséquences négatives associées à la consommation</i>							
Black out (%)	22,4	31,9	1,69	12,4	20,3	2,10	6,31**
Bad trip (%)	42,5	55,3	2,29	15,9	23,7	1,75	34,35***
Surdose (%)	4,5	-	2,18	-	1,7	2,47	4,29*
Dettes (%)	26,1	17	1,59	15,9	3,4	6,07**	8,73**
<i>Préoccupation des jeunes p/r à leur consommation</i>							
Sont préoccupés (%)	29,9	23,4	3,32	17,2	15,3	0,12	8,04**
<i>Estimation du besoin d'aide par le jeune</i>							
Ont besoin d'aide (%)	19,4	19,1	0,00	9,7	6,8	0,43	8,93**

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

(*black out*), de mauvais voyages (*bad trip*), de surdoses et de dettes. Encore ici, aucune différence n'est observée entre les garçons et les filles qui ont un trouble des conduites. Par contre, chez les adolescents ne présentant pas ce trouble, les garçons sont plus nombreux que les filles à rapporter des dettes associées à leur consommation.

Préoccupation de la consommation et estimation d'un besoin d'aide

Un peu plus du quart des jeunes qui ont un trouble des conduites, soit 28 %, quel que soit le sexe, s'avouent inquiets de leur consommation ; 19 % reconnaissent aussi avoir besoin d'aide pour diminuer ou cesser cette consommation (tableau 3). Ces pourcentages sont significative-

ment plus élevés que ceux observés chez les jeunes sans trouble des conduites. Il n'y a pas de différence entre les garçons et les filles de chacun des groupes.

*Indicateurs de gravité les plus étroitement associés
à la consommation de psychotropes*

Les résultats présentés à la section précédente ont montré que les jeunes ayant un trouble des conduites se distinguent des jeunes n'ayant pas ce trouble pour la presque totalité des indicateurs de gravité de consommation mesurés dans l'étude. Dans la mesure où ces indicateurs sont interreliés (par exemple, la fréquence de consommation de drogues dures et l'endettement), il est important de tenir compte des interactions entre ces variables dans une analyse de régression afin de déterminer les indicateurs qui distinguent le mieux les jeunes qui ont un trouble des conduites des autres jeunes.

L'analyse retenue pour ce faire est une régression logistique binaire, la variable à prédire ici étant la présence ou non d'un trouble des conduites chez les jeunes. Les variables utilisées à titre de *prédicteurs* sont les indicateurs de gravité mesurés dans l'étude, à l'exception de la reconnaissance d'un problème et du besoin d'aide, ces derniers indicateurs étant davantage utilisés à des fins d'intervention et non pour estimer la gravité de la consommation. Préalablement à la réalisation de l'analyse de régression, nous avons examiné la force des corrélations entre les *prédicteurs* afin de déceler d'éventuels problèmes de multicolinéarité (Hair *et al.*, 1998). La forte corrélation observée entre l'usage de drogues dures et le nombre de psychotropes différents consommés ($r = 0,79$) nous a amenés à retirer cette dernière variable de l'analyse. Notons également que nous n'avons pas tenu compte du sexe des participants dans l'analyse de régression puisque les analyses précédentes n'ont révélé aucune différence entre les garçons et les filles qui ont un trouble des conduites.

Pour ne pas éliminer des analyses de régression, les participants qui n'ont jamais consommé, les variables catégorielles ou continues ont été transformées en variables dichotomiques de manière à ce qu'elles puissent être cotées avec la valeur 1 (donnée présente pour la variable ou respectant le critère fixé) ou la valeur 0 (donnée absente pour la variable ou ne remplissant pas le critère fixé). Ces variables sont la consommation de drogues dures, la consommation hebdomadaire d'alcool ou

TABLEAU 4
Portrait de la consommation des jeunes
qui ont un trouble des conduites

Indicateurs de gravité	<i>B (SE B)</i>	<i>Wald</i> (<i>d.l.=1</i>)	<i>p</i>	<i>Exp(β)</i>
Consommation de drogues dures	0,74 (0,27)	7,40	0,007	2,10
Consommation hebdomadaire de psychotropes	0,63 (0,31)	4,62	0,039	1,88
Âge d'initiation inférieur à 12 ans	0,21 (0,26)	0,65	0,419	1,23
Âge consommation régulière avant 14 ans	-0,29 (0,30)	0,97	0,324	0,75
Raisons intrinsèques de consommer	0,15 (0,23)	0,41	0,520	1,16
Conséquences négatives de la consommation	0,62 (0,24)	6,83	0,009	1,87

d'autres drogues au cours de la dernière année, l'âge d'initiation inférieur à 12 ans pour l'alcool ou les autres drogues, l'âge de consommation régulière inférieur à 14 ans pour l'alcool ou les autres drogues, la présence d'au moins une raison intrinsèque pour consommer et la présence d'au moins une conséquence négative liée à la consommation. Toutes ces variables ont été introduites simultanément dans l'équation de régression. Ce modèle s'est avéré statistiquement significatif ($\chi^2 = 50,64$, $p < 0,001$). Toutefois, des différentes variables utilisées dans l'équation, ce sont la consommation de drogues considérées comme dures, la consommation hebdomadaire de psychotropes et les conséquences négatives liées à la consommation qui sont significativement associées à la présence d'un trouble des conduites.

La capacité de classification du modèle demeure toutefois modeste, passant de 53 % avec une classification au hasard, à 67 % avec les variables introduites dans l'équation. Le modèle permet ainsi de classer correctement 71,1 % des jeunes qui n'ont pas un trouble des conduites et 62,4 % des jeunes qui ont un tel trouble.

Discussion

Le portrait de consommation de psychotropes des jeunes qui ont un trouble des conduites se distinguent-ils de celui d'autres jeunes antisociaux? Les résultats de cette étude vont dans ce sens et suggèrent que la présence de trouble des conduites est associée à une consommation plus grave. En effet, les jeunes qui ont ce trouble se distinguent sur à peu près tous les indicateurs de gravité investigués et se démarquent

particulièrement par l'usage de drogues considérées comme dures (hallucinogènes, cocaïne, héroïne), une consommation hebdomadaire de psychotropes et la présence accrue de conséquences négatives liées à leur consommation. Ces données corroborent, auprès d'un échantillon ayant des troubles des conduites, celles d'autres études rapportant chez des jeunes antisociaux un usage plus fréquent de substances psychoactives (Myers *et al.*, 1998 ; Randall *et al.*, 1999 ; US Department of Health and Human Services, 1999 ; White *et al.*, 1999), une consommation plus élevée de drogues dures (Randall *et al.*, 1999 ; VanKammen *et al.*, 1990) ainsi que l'usage d'une plus grande diversité de psychotropes (Boyle et Offord, 1991 ; Gfeller et Hundleby, 1994 ; King *et al.*, 2004).

Conformément à l'étude de McKay et Buka (1994), notre étude montre que les jeunes qui ont un trouble des conduites sont plus nombreux que les autres jeunes antisociaux de l'échantillon à consommer pour le plaisir. Mais les jeunes qui ont des troubles des conduites rapportent également consommer pour oublier leurs problèmes et pour se calmer, deux raisons intrinsèques associées à la surconsommation (Beauchamps et Brunet, 1994). Si les raisons de consommation liées à la fuite des problèmes, à la recherche de plaisirs et de sensations fortes sont souvent mentionnées pour expliquer la consommation des jeunes (Therrien, 2003), les résultats de Curry (2005) appuient l'idée que les adolescents qui prennent des psychotropes pour ces raisons sont les consommateurs les plus à risque, ces raisons de consommer influençant leur perception des risques réels de leur consommation. Il peut en être de même dans leur perception de la gravité de leurs conduites antisociales, l'usage de psychotropes contribuant à inhiber le contrôle des conduites déviantes (Stockwell *et al.*, 2002), dont l'agression physique (Deas *et al.*, 2000).

Tout comme les études de Copur *et al.* (2005) et de Myers *et al.* (1998), la présente étude indique que les jeunes qui ont un trouble des conduites sont plus nombreux à vivre des conséquences négatives liées à leur consommation de psychotropes. Dans la mesure où de telles conséquences peuvent inciter au changement (Prochaska *et al.*, 2003, Therrien, 2003), nous avons examiné parmi les participants qui ont des troubles des conduites si ceux qui avaient vécu des conséquences négatives étaient plus nombreux à se préoccuper de leur consommation et à rapporter avoir besoin d'aide que ceux n'ayant pas vécu ces conséquences. Les analyses réalisées à posteriori confirment que tel est bien le cas, tant pour le pourcentage de jeunes qui se disent préoccupés par

leur consommation (36% contre 15%), $\chi^2(2, N = 181) = 9,29, p = 0,002$, que pour le pourcentage reconnaissant avoir besoin d'aide (25% contre 11%) $\chi^2(1, N = 181) = 4,88, p = 0,03$. Ces résultats pourraient indiquer que les jeunes qui vivent des conséquences négatives suite à leur consommation accepteraient plus volontiers l'intervention (Prochaska *et al.*, 2003). Dans l'ensemble de l'échantillon, toutefois, soulignons que moins de 20% des jeunes qui ont un trouble des conduites reconnaissent avoir besoin d'aide.

Si les différences dans le portrait de consommation des jeunes avec et sans troubles des conduites sont éloquentes, l'étude montre également des similarités entre ces deux groupes. Ainsi, nos résultats suggèrent qu'ils suivent la même séquence d'initiation aux psychotropes, du moins telle que décrite par les tenants de l'approche développementale, soit d'abord l'initiation à l'alcool, puis au cannabis, puis aux autres drogues (Golub *et al.*, 2000; Sung *et al.*, 2004). L'étude tend aussi à montrer que les deux groupes de jeunes s'initient aux psychotropes ou amorcent une consommation régulière sensiblement aux mêmes âges que les jeunes n'ayant pas ce trouble. Ces résultats diffèrent de ceux d'autres études montrant que l'âge d'initiation et l'âge de la consommation régulière sont plus précoces chez les adolescents qui ont un trouble des conduites (Hser *et al.*, 2003; Reebye *et al.*, 1995). Ces divergences peuvent s'expliquer par les caractéristiques de notre groupe de comparaison qui présente un certain nombre de comportements antisociaux. Par conséquent, il est possible que les indicateurs de gravité que sont l'âge d'initiation et l'âge de consommation régulière ne soient pas spécifiquement associés au trouble des conduites, mais permettent tout de même de démarquer les jeunes antisociaux en général de ceux qui ne manifestent pas de telles conduites. Ceci demeure à vérifier.

Lorsqu'on compare les garçons et les filles qui ont un trouble des conduites, on n'observe aucune différence quant à la nature et la gravité de leur consommation, et ce, en accord avec les études de Disney *et al.* (1999) et du US Department of Health and Human Services (1999). Ces similarités sont peut-être explicables par le fait que la consommation des filles a doublé depuis le début des années 1990 (Deschesnes, 1996), diminuant ainsi les écarts de gravité de consommation selon le genre. Toutefois, cette similitude semble propre aux adolescents qui ont un trouble des conduites puisque chez les jeunes qui n'ont pas ce trouble certaines différences ressortent entre les garçons et les filles, dont la fréquence de la consommation de drogues dures, le fait de consom-

mer pour oublier ou pour se stimuler et le fardeau de dettes. Il est donc possible de formuler l'hypothèse que la présence d'un trouble des conduites réduit les écarts de consommation de psychotropes entre les garçons et les filles. Cette similarité dans la gravité de consommation illustre à quel point il est important de ne pas négliger le phénomène de la consommation de psychotropes chez les filles qui ont un trouble des conduites.

Conclusions et recommandations pour l'intervention

À son terme, cette étude appuie l'idée que les jeunes qui ont un trouble des conduites, garçons ou filles, ont un portrait de consommation déterminé qui les distingue d'autres jeunes manifestant des conduites antisociales. Un portrait particulier de consommation devrait appeler une intervention différenciée. Les jeunes qui ont un trouble des conduites requerront sans doute une intervention adaptée à la gravité de leur consommation, mais également à leur niveau de motivation au changement. Le fait que ces jeunes vivent davantage de conséquences négatives associées à leur consommation peut apparaître, ici, comme un levier intéressant pour l'intervention.

Pour les jeunes reconnaissant déjà avoir besoin d'aide, cette intervention pourrait cibler la réduction de leur consommation de psychotropes en les sensibilisant aux conséquences négatives qu'elle engendre, en particulier lorsque celle-ci est régulière ou qu'il s'agit de drogues dures. Pour les jeunes qui ne reconnaissent pas ce besoin, et tel que suggéré par Prochaska et ses collaborateurs (2003), il faudrait d'abord stimuler la motivation au changement avant de viser la réduction de la consommation de psychotropes. En particulier, il serait important d'investiguer les actes antisociaux commis sous l'effet de psychotropes et leurs conséquences, notamment lorsque cette consommation est motivée par le plaisir. Les jeunes ayant un trouble des conduites pourront, bien sûr, bénéficier d'interventions moins spécifiques visant à retarder l'initiation à d'autres psychotropes ou à limiter la régularité de leur consommation (Reebye *et al.*, 1995 ; Vega et Gil, 2005). Dans tous les cas, nos résultats suggèrent d'intervenir sur les mêmes problèmes de consommation tant chez les filles que chez les garçons.

Malgré l'effort fait dans cette étude pour établir un portrait exhaustif de la consommation de psychotropes des jeunes qui ont un trouble

des conduites, les indicateurs de gravité n'ont pas pu être tous examinés. C'est le cas, entre autres, de la quantité de psychotropes consommés par les jeunes, un indicateur qui aurait alors permis de se prononcer sur le phénomène de l'abus. Il en est de même du besoin récurrent de consommer, un indice du degré de dépendance aux différents psychotropes. De plus, nous avons surtout mesuré les conséquences négatives découlant directement de la consommation (*black out, bad trip, surdoses*), sans considérer d'autres conséquences pouvant affecter négativement le jeune sur les plans personnel, social, scolaire et familial.

Ainsi, pour raffiner l'intervention auprès des jeunes qui ont un trouble des conduites, les études futures devraient compléter ce portrait de consommation en tenant compte de ces autres indicateurs. Enfin, compte tenu du peu d'études s'intéressant aux différences liées au genre, il serait également important de confirmer les résultats suggérant que la présence du trouble des conduites réduit les écarts dans le portrait de consommation des garçons et des filles.

Références

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child and adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychology Bulletin*, 101, 213-232.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington (DC): APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision). Washington (DC): APA.
- Armstrong, T. D. & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1224-1239.
- Beauchamps, S. & Brunet, J. P. (1994). Les motifs à l'initiation et à la surconsommation de psychotropes: Le point de vue d'adolescents délinquants. *Psychotropes*, 8, 91-101.
- Bentler, P. M., Newcomb, M. D. & Zimmerman, M. A. (2002). Cigarette use and drug use progression: growth trajectory and lagged effects hypotheses. In D. B. Kandel (ed.), *Stages and pathway of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis* (223-253). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Laget, J., Chinet, L., Rossier, V., Cascone, P., Stephen, P. & Halfon, O. (2001). Evaluation of the adolescent drug abuse diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction*, 96, 1477-1484.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C. & St-George, M. (1998). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25) in Quebec: Relia-

- bility findings in light of the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1167-1174.
- Clark, D. B., Cornelius, J. R., Kirisci, L. & Tarter, R. E. (2005). Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 13-21.
- Copur, M., Turkcan, A. & Erdogmus, M. (2005). Substance abuse, conduct disorder and crime: Assessment in a juvenile detention house in Istanbul, Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 151-154.
- Curry, L. A. (2005). *Affect, decision and adolescent risk behaviour*. Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering, 65 (12-B).
- Deas, D., Riggs, P., Langenbucher, J., Goldman, M. & Brown, S. (2000). Adolescents are not adults: Developmental consideration in alcohol users. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 24, 232-237.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. & Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioral difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 175-181.
- Deschesnes, M. (1996). *Évolution de la consommation d'alcool et des autres drogues chez les élèves du secondaire 1985-1991-1996*. Hull: Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais: Direction de la santé publique.
- Disney, E. R., Elkins, I. J., McGue, M., & Iacono, W. G. (1999). Effects of ADHD, conduct disorder and gender on substance use and abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1515-1521.
- Germain, M., Landry, M. & Bergeron, J. (1999). *Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents*. Montréal: Recherche et intervention sur les substances psychoactives.
- Gfeller, B. & Hundley, J. D. (1994). Development and gender differences in drug use and problem behaviour during adolescence. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 59-74.
- Golub, A., Labouvie, E. & Johnson, B. D. (2000). Response reliability and the study of adolescent substance use progression. *Journal of Drug Issues*, 30, 103-118.
- Goodman, S. H., Lahey, B. B., Fielding, B., Dulcan, M., Narrow, W. & Regier, D. (1997). Representativeness of clinical samples of youths with mental disorders: a preliminary population-based study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 3-14.
- Grilo, C. M., Becker, D. F., Fehon, D. C., Edell, W. S. & McGlashan, T. H. (1996). Conduct disorder, substance use disorder and coexisting conduct disorder and substance disorder in adolescent. *American Journal of Psychiatry*, 153, 914-920.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5^e édition). New Jersey: Prentice Hall.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Collins, C. & Teruya, C. (2003). Drug-use initiation and conduct disorder among adolescents in drug treatment. *Journal of Adolescence*, 26, 331-345.

- Jainchill, N., Hawke, J. & Messina, M. (2005). Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment. *Substance Use and Misuse*, 40, 975-996.
- Jensen P., Rubio-Stipec M., Canino G., Bird H., Dulcan M. & Schwab-Stone M. E. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: Are both informants always necessary? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1569-1579.
- Kaminer, Y. (1994). *Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice*. New York: Plenum Medical Book Company.
- Kaminer, Y. & Bukstein, O. G. (1998). Adolescent substance abuse. In R. J. Frances & S. Miller, *Clinical textbook of addictive disorders* (346-373). New York: The Guilford Press.
- King, S. M., Iacono, W. G. & McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Society for the Study of Addiction*, 99, 1548-1559.
- Landry, M., Guyon, L., Bergeron, J. & Provost, G. (2002). Évaluation de la toxicomanie chez les adolescents – Développement et validation d'un instrument. *Alcoolologie Addictologie*, 24, 7-13.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- McKay, J. R. & Buka, S. L. (1994). Issue in the treatment of antisocial adolescent substance abusers. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 59-81.
- Moss, H. B. & Lynch, K. G. (2001). Comorbid disruptive behaviour disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 61, 75-83.
- Myers, M. G., Stewart, D. G. & Brown, S. A. (1998). Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 155, 479-485.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Joly, J., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y., Chamberland, C. & Robert, M. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke: Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Université de Sherbrooke.
- Pratt, M., Smith, M., Reigelsperger, R., O'Connor, L. V., Saum, C., Baker, S. & Reeb, R. N. (2003). Psychosocial treatment alternatives for adolescents with conduct problems. *Journal of Psychological Practice*, 8, 1-13.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. (2003). In search of how people change: Application to addictive behaviours. In P. Salovey & A. Rothman (eds.), *Social Psychology of Health* (63-77). New York: Psychology Press.
- Randall, J., Henggeler, S., Pickrel, S. & Brondido, M. (1999). Psychiatric comorbidity and the 16-month trajectory of substance-abusing and substance-

- dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1118-1124.
- Reebye, P., Moretti, M. M. & Lessard, J. C. (1995). Conduct disorder and substance use disorder: Co-morbidity in a clinical sample of preadolescents and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 313-319.
- Ridenour, T. A., Cottler, L. B., Robins, L. N., Compton, W. M., Spitznagel, E. L. & Cunningham-Williams, R. M. (2002). Test of plausibility of adolescent substance use playing a causal role in developing adulthood antisocial behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 144-155.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 1-5.
- Segal, B. M. & Stewart, J. C. (1996). Substance use and abuse in adolescent: An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 193-210.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Coher, P., Piacentini, J., Davies, M., Conners, K. & Regier, D. (1993). The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R): Preparation field testing interrater reliability and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643-650.
- Stockwell, T., McLeod, R., Stevens, M., Phillips, M., Webb, M. & Jelinek, G. (2002). Alcohol consumption, setting, gender and activity as predictors of injury: A population-based case-control study. *Journal of Study on Alcohol*, 63, 372-379.
- Sung, M., Erkanli, A., Angold, A. & Costello, J. (2004). Effect of age first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 75, 287-299.
- Therrien, A. (2003). *Quand le plaisir fait souffrir: La gestion expérientielle*. Montréal: Association québécoise de gestion expérientielle.
- US Department of health and human services (1999). *The relationship between mental health and substance abuse among delinquency*. Rockville: National Clearinghouse for alcohol and drug information.
- VanKammen, W. B., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1990). Substance use and its relationship to conduct problem and delinquency in young boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 399-413.
- Vega, W. A. & Gil, A. G. (2005). Revisiting drug progression: long-range effects of early tobacco use. *Addiction*, 100, 1358-1369.
- Vitaro, F., Carbonneau, R., Gosselin, C., Tremblay R. E. & Zoccolillo, M. (2000). L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes: prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage. In P. Brisson, *L'usage des drogues et la toxicomanie* (vol III. p. 279-312). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Weinberg, N. Z., Rahdert, E., Colliver, J. D. & Glantz, M. D. (1998). Adolescent substance abuse: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 252-261.

- White, H. R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Farrington, D. P. (1999). Developmental association between substance use and violence. *Developmental Psychology*, 11, 785-803.
- Williams, R. J. & Nowatzki, N. (2005). Validity of adolescent self-report of substance use. *Substance Use and Misuse*, 40, 299-311.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Henly, G. A. & Schwartz, R. H. (1991). Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *The International Journal of the Addictions*, 25 (11A), 1379-1395.
- Zapert, K., Snow, D. L. & Kraemer Tebes, J. (2002). Patterns of substance use in early through late adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 30, 835-85.