

Article

« Caractéristiques associées au trouble oppositionnel, au trouble des conduites et à leur cooccurrence »

Mélanie Lapalme et Michèle Déry

Santé mentale au Québec, vol. 33, n° 2, 2008, p. 185-206.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/019674ar>

DOI: 10.7202/019674ar

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



Caractéristiques associées au trouble oppositionnel, au trouble des conduites et à leur cooccurrence

Mélanie Lapalme*

Michèle Déry**

L'objectif de cette étude est de déterminer si des corrélats (ou des combinaisons de corrélats) personnels, familiaux et sociaux permettent de discriminer des enfants ($n = 336$) qui présentent un trouble oppositionnel (TO), un trouble des conduites (TC) ou ces deux troubles en cooccurrence (TC + TO). Les enfants sont âgés entre 6 ans et 13 ans et ont été recrutés parmi des enfants recevant des services spécialisés de l'école ou du centre jeunesse pour des difficultés comportementales ou familiales. Les résultats suggèrent que la personnalité antisociale des parents et le manque de supervision parentale sont davantage associés au TC, tandis que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et l'inconstance de la discipline caractérisent davantage les enfants ayant un TO. Les enfants du groupe TO + TC semblent cumuler les corrélats associés à chaque trouble. Ces différences devraient être prises en compte dans l'intervention à offrir aux enfants.

Plus de la moitié des jeunes desservis par les centres jeunesse du Québec répondent aux critères diagnostiques du trouble de l'opposition avec provocation ou du trouble des conduites (Pauzé et al., 2004), et ce sont près des deux tiers des enfants suivis pour des difficultés comportementales à l'école primaire qui présentent l'un ou l'autre de ces troubles (Déry et al., 2004). Des études révèlent toutefois que les interventions menées auprès de ces jeunes connaissent relativement peu de succès (Craig et Digout, 2003 ; Déry et al., 2005 ; Kazdin et Wassell, 2000 ; Tremblay et al., 1999). Si les raisons de ce peu d'efficacité peuvent être multiples, il n'en demeure pas moins que ces troubles de nature antisociale demeurent parmi les plus

* Ph.D., psychoéducatrice, chercheure postdoctorale, Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

** Ph.D., professeure titulaire, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke.

Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et de l'Université de Sherbrooke. Les auteurs tiennent à remercier le Dr Jean Toupin pour ses judicieux conseils pour la réalisation de l'article et le Dr Robert Pauzé pour l'accès à une partie de sa banque de données.

stables dans le temps (Fergusson et Horwood, 2002 ; Lahey et al., 2005). La persistance de ces difficultés et le succès mitigé des interventions demandent, assurément, d'acquérir une meilleure connaissance de ces troubles afin de définir et d'orienter de manière plus spécifique les traitements à offrir aux enfants (Gouvernement du Québec, 1999).

Il semble, cependant, qu'une meilleure compréhension du trouble de l'opposition avec provocation et du trouble des conduites ne puisse se faire sans tenir compte de leur cooccurrence¹ (Pffiffner et al., 2005). *Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (American Psychiatric Association, 2000), regroupe ces deux troubles dans la même catégorie nosologique, celle des comportements perturbateurs. Ils se caractérisent tous deux par la manifestation de conduites antisociales entraînant des difficultés d'adaptation importantes chez les jeunes, et pouvant perturber largement leur environnement social. Le trouble des conduites implique des comportements persistants d'agression physique et de délinquance, tandis que le trouble oppositionnel fait surtout référence à une façon d'être négative et hostile chez l'enfant, caractérisée par l'argumentation, le refus d'obéir aux règles, l'irritabilité et les crises de colère (APA, 2000). Le trouble des conduites a la préséance diagnostique sur le trouble oppositionnel (APA, 2000). Cette préséance diagnostique masque toutefois le taux élevé de cooccurrence des deux troubles (Angold et al., 1999 ; Costello et al., 2003) car, lorsqu'ils s'observent ensemble, seul le diagnostic de trouble des conduites s'applique. Néanmoins, plus de 60 % des jeunes diagnostiqués avec un trouble des conduites répondent, aussi, aux critères du trouble oppositionnel (Maughan et al., 2004), ce pourcentage pouvant être encore plus fort dans les échantillons sous traitement (Faraone et al., 1997 ; Kuhne et al., 1997). Or, des études suggèrent que lorsque la cooccurrence de deux troubles est fréquente, elle peut relever de facteurs de risque distincts ou être associée à des corrélats personnels ou sociaux plus problématiques, allant au-delà du simple cumul des facteurs habituellement associés à l'un ou l'autre des troubles (Biederman et al., 2003 ; Jensen, 2003 ; King et al., 2005 ; Lilienfeld, 2003 ; Waschbusch, 2002). Considérant l'importance de bien établir les différents corrélats d'un trouble pour tracer un portrait clinique exhaustif et établir les cibles d'intervention (Frick, 2004), la question est de savoir si les corrélats les plus souvent mis en lien avec la présence de conduites antisociales problématiques chez l'enfant permettent de distinguer les enfants qui ont un trouble oppositionnel, un trouble des conduites (sans trouble oppositionnel) ou les deux troubles à la fois.

Les principaux modèles explicatifs du développement des troubles de nature antisociale — incluant les modèles de Lahey (Lahey et al.,

1999 ; Lahey et Waldman, 2003), de Moffitt (1993 ; 2003) ou de Patterson (Patterson et al., 1992 ; Snyder et al., 2003) ne permettent pas de distinguer, *a priori*, le trouble oppositionnel et le trouble des conduites. Toutefois, ils font habituellement état de deux grandes catégories de corrélats : les caractéristiques propres à l'enfant et les caractéristiques de son environnement (famille, réseau social). Par exemple, dans le modèle de Lahey, les enfants qui ont des conduites antisociales sévères, comparativement aux enfants qui n'ont pas ces conduites, sont décrits comme plus susceptibles de présenter un tempérament problématique (de l'impulsivité/hyperactivité, par exemple, ou l'absence de traits anxieux), d'avoir de moins bonnes habiletés verbales et de vivre dans un milieu plus défavorisé et antisocial (antisocialité des parents, pairs déviants) où la supervision et la discipline parentale sont déficitaires.

Parmi les études qui ont comparé sur différents corrélats les enfants qui ont un trouble oppositionnel et/ou un trouble des conduites, seule celle de Maughan et al. (2004) inclut les trois groupes nécessaires à l'examen des différences : un premier avec trouble oppositionnel, un deuxième avec trouble des conduites sans trouble oppositionnel et un troisième avec les deux troubles. Les autres études comparent plutôt un groupe avec trouble oppositionnel à un groupe avec trouble des conduites, ce dernier étant toutefois diagnostiqué selon la règle de présence du DSM. Ce groupe peut donc inclure une forte proportion d'enfants ayant à la fois un trouble des conduites et un trouble oppositionnel (proportion allant de 77 % à 100 % dans les études où cette information est précisée) et refléter, ainsi, davantage la condition de cooccurrence que le trouble des conduites.

Maughan et al. (2004) ont examiné dans les trois groupes à l'étude la présence d'autres troubles de la santé mentale (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité [TDAH], troubles anxieux, troubles de l'humeur). Ils observent que le groupe avec trouble oppositionnel et le groupe présentant à la fois le trouble oppositionnel et le trouble des conduites ne se différencient pas l'un de l'autre sur la fréquence de ces trois autres troubles. Par contre, ces deux groupes présentent des taux significativement plus élevés de TDAH et de troubles anxieux que le groupe ayant un trouble des conduites sans trouble oppositionnel. Ces patrons de résultats sont similaires chez les garçons et chez les filles. De tels résultats suggèrent donc qu'en l'absence de cooccurrence, le trouble des conduites pourrait être associé à des caractéristiques personnelles moins problématiques que le trouble oppositionnel.

Les résultats des autres études, s'ils portent sur une plus grande variété de corrélats, sont souvent contradictoires et ne permettent pas de

porter de conclusions fermes sur les patrons d'association. Des résultats suggèrent, en effet, que les caractéristiques des jeunes qui ont un trouble des conduites (en cooccurrence du trouble oppositionnel dans une portion fort probablement élevée) sont tantôt plus problématiques, tantôt similaires à celles de jeunes qui ont le trouble oppositionnel. Il en est ainsi pour les caractéristiques personnelles des jeunes, incluant le TDAH (Green et al., 2002 ; Koonce, 2000 ; Kuhne et al., 1997 ; Rowe et al., 2005), les troubles de l'humeur (Green et al., 2002 ; Rowe et al., 2005) et les habiletés cognitives (August et al., 1999 ; Green et al., 2002 ; Loeber et al., 1993), de même que pour les caractéristiques de l'environnement, dont le statut socioéconomique de la famille (August et al., 1999 ; Faraone et al., 1997 ; Frick et al., 1992 ; Green et al., 2002), les traits antisociaux des parents (personnalité antisociale, abus de psychotropes) (August et al., 1999 ; Loeber et al., 1993 ; Faraone et al., 1997 ; Frick et al., 1992 ; Pfiffner et al., 1999 ; Rowe et al., 2002), leurs pratiques éducatives (Frick et al., 1992 ; Pfiffner et al., 2005 ; Rowe et al., 2002) et le réseau social des jeunes (Kuhne et al., 1997 ; Rowe et al., 2005).

Outre les différences dans les mesures ou l'origine des échantillons, les variations du taux de cooccurrence du trouble des conduites et du trouble oppositionnel d'une étude à l'autre peuvent possiblement contribuer aux contradictions dans ces résultats. Si cela souligne l'importance de distinguer le trouble des conduites de sa condition de cooccurrence avec le trouble oppositionnel pour établir les corrélats qui les distinguent, il importe aussi d'évaluer un ensemble assez exhaustif de caractéristiques reliées à la présence des conduites antisociales pour établir les corrélats ou les combinaisons de corrélats susceptibles de discriminer les groupes. Les études recensées n'examinent, le plus souvent, qu'un nombre restreint de caractéristiques ou des caractéristiques entrant dans une seule catégorie de corrélats (par exemple, l'étude de Maughan et al., 2004).

L'objectif de cette étude est de déterminer si des corrélats (ou des combinaisons de corrélats) personnels, familiaux et sociaux permettent de discriminer les enfants selon qu'ils présentent un trouble oppositionnel, un trouble des conduites (sans trouble oppositionnel) ou ces deux troubles en cooccurrence. L'étude s'appuie sur le modèle explicatif des conduites antisociales de Lahey (Lahey et al., 1999, Lahey et Waldman, 2003) pour la sélection des corrélats personnels et environnementaux. Parce que ces corrélats peuvent varier selon l'âge et le sexe des enfants (Lahey et al., 1999 ; Lahey et Waldman, 2003), ces variables sont contrôlés méthodologiquement dans l'étude.

Méthode

Participants

L'étude a été réalisée auprès de 336 enfants (dont 71 filles) âgés de 6 à 13 ans répartis en trois groupes : 123 enfants (28 filles) avec un trouble oppositionnel (groupe TO : âge moyen = 9,65 ans ; é.t. = 1,82 ans) ; 39 enfants (9 filles) avec trouble des conduites (groupe TC : âge moyen = 9,53 ans ; é.t. = 2,22 ans) ; et 174 enfants (34 filles) avec trouble des conduites et trouble oppositionnel (groupe TC + TO : âge moyen = 8,86 ans ; é.t. = 1,91 ans).

Les enfants de ces trois groupes ont été recrutés parmi des enfants d'âge scolaire primaire recevant soit des services à l'école pour des difficultés comportementales, soit des services de centres jeunesse pour différents problèmes comportementaux ou familiaux (n total = 579). Des entrevues diagnostiques structurées permettant d'établir la présence ou l'absence du trouble oppositionnel ou du trouble des conduites selon les critères du DSM-IV-TR ont été réalisées auprès de tous ces enfants et d'un de leur parent (voir la section sur les instruments de mesure). La présence d'un de ces deux troubles était reconnue si le nombre de symptômes différents rapportés par le parent ou l'enfant atteignait le nombre minimum requis dans le DSM (soit au moins quatre dans le cas du trouble oppositionnel et au moins trois pour le trouble des conduites). Des 579 enfants évalués, 174 rencontraient à la fois les critères du trouble oppositionnel et du trouble des conduites, 151 rencontraient ceux du trouble oppositionnel et 39 ceux du trouble des conduites. Les 215 autres enfants de l'échantillon ne répondaient pas aux critères diagnostiques de ni l'un ni l'autre de ces troubles et ont été exclus.

Des analyses préliminaires ont été effectuées pour vérifier que ces groupes ne se différencient pas significativement sur l'âge chronologique et sur la proportion de garçons et de filles. Ces analyses montrent que les trois groupes d'enfants ne se différencient pas significativement sur l'âge (en mois), $F(2,333) = 0,74$; *n.s.* Toutefois, la proportion de filles dans le groupe TO s'est avérée significativement plus élevée, $\chi^2(2) = 12,94$; $p < 0,01$, ce qui nous a amené à retirer aléatoirement 28 filles dans le groupe TO pour rendre la proportion de filles à peu près semblables entre les groupes (environ 23 %).

Mesures

Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised (DISC-2,25). Le DISC 2,25 (Schaffer et al., 1993 ; traduction française de Breton et al., 1998) a été utilisé auprès de tous les parents et auprès des jeunes de

12 ans et plus qui recevaient des services des centres jeunesse. Cet instrument permet d'évaluer selon les critères du DSM-III-R (APA, 1987), la présence des symptômes de différents troubles mentaux chez les enfants, dont le trouble de l'opposition avec provocation, le trouble des conduites, le TDAH et l'anxiété généralisée. La traduction française a été développée pour les besoins de l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes* et comporte de bonnes propriétés psychométriques (voir Breton et al., 1998). L'instrument a été légèrement modifié pour qu'il inclue aussi les critères plus récents du DSM-IV-TR (APA, 2000). Les valeurs du *Kappa* calculées pour les versions DSM-III-R ou DSM-IV-TR sont très bonnes (voir Déry et al., 2004).

Dominique. Entrevue diagnostique en images, le *Dominique* est spécialement conçue pour être passé avec les enfants. Il permet d'évaluer la présence de différents problèmes de santé mentale, dont les symptômes du trouble oppositionnel et du trouble des conduites tel que listés dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). Les images sont successivement présentées à l'enfant sur support papier (*Dominique-R*, voir Valla et al., 1994) ou sur support informatisé (*Dominique interactif*, voir Valla et al., 2000) et mettent en jeu un personnage, Dominique, dans diverses situations se produisant à la maison, à l'école, ou avec ses pairs. À chaque image, l'enfant doit dire si, oui ou non, il agit, pense ou ressent les choses comme Dominique. Les images présentées à l'enfant sont similaires dans les versions papier et informatisée. En général, le *Dominique* comporte de bonnes propriétés psychométriques (Linares Scott et al., 2006 ; Valla et al., 1994 ; Valla et al., 2000).

Échelle de vocabulaire en images Peabody (EVIP). Cette échelle vise à évaluer l'étendue du vocabulaire réceptif des jeunes de 2 à 18 ans (Dunn et al., 1993). Elle permet le calcul d'un score d'habiletés verbales standardisé en fonction de l'âge des enfants. Ce score peut être employé comme indicateur des habiletés cognitives des élèves en raison des très bonnes corrélations que ce score entretient avec les échelles d'intelligence Stanford-Binet et Wechsler (Dunn et al., 1993).

Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. La personnalité antisociale du parent principal a été évaluée à l'aide d'une sous-échelle du *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (Millon, 1987). Un score global est calculé à partir de 45 items de type vrai ou faux. Les données relatives à la validité et à la fidélité de cet instrument sont excellentes (Millon, 1987 ; Choca et al., 1992).

Alabama Parenting Questionnaire (Frick, 1991). Ce questionnaire a été administré au parent principal pour connaître ses pratiques

éducatives avec l'enfant. Cette échelle en cinq points (jamais, presque jamais, quelquefois, souvent, toujours) permet d'évaluer différentes dimensions des pratiques parentales dont le manque de supervision, l'inconstance de la discipline et les punitions corporelles. L'instrument présente de bonnes qualités métrologiques (Shelton et al., 1996).

Échelle de réseau social. Adaptée de l'*Échelle de compétence sociale du Child Behavior Checklist* (Achenbach et Edelbrock, 1983) aux fins de l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes* (Valla et al., 1994), cet instrument est employé auprès des parents pour évaluer le réseau social de l'enfant. L'instrument concerne, entre autres, le nombre d'amis proches de l'enfant, le nombre de fois où il a fait des activités avec eux ainsi que le nombre d'organisations sociales ou sportives dont l'enfant fait partie. Ces trois variables permettent de calculer un score global représentant la qualité du réseau social de l'enfant.

Indice de statut socioéconomique. Les données sur le statut socioéconomique des familles des enfants ont été colligées auprès des parents à l'aide d'un questionnaire issu aussi de l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes* (Valla et al., 1994). Elles comprennent le niveau d'étude des parents, leur statut d'emploi et leur revenu familial annuel et permettent le calcul d'un indice de statut socioéconomique en huit points (Toupin, 1993).

Déroulement

Les parents des enfants qui recevaient des services de l'école primaire ou des centres jeunesse ont d'abord été contactés par les intervenants psychosociaux qui s'occupaient de leur enfant pour les informer du programme de recherche, et demander s'ils voulaient y participer. Ces intervenants ont ensuite transmis au personnel de recherche les coordonnées des parents qui avaient donné une réponse positive. Après obtention du consentement parental, tous les enfants et un de leur parent (le parent principal) ont été rencontrés séparément à domicile par un interviewer spécifiquement entraîné pour effectuer la passation des mesures. Le déroulement de cette recherche a été approuvé par un comité d'éthique universitaire en éducation et sciences sociales.

Résultats

Quatre enfants avaient une donnée manquante sur l'une ou l'autre des variables mesurées. Vu leur faible nombre — ces quatre données manquantes représentent 0,1 % des données à l'étude —, nous avons

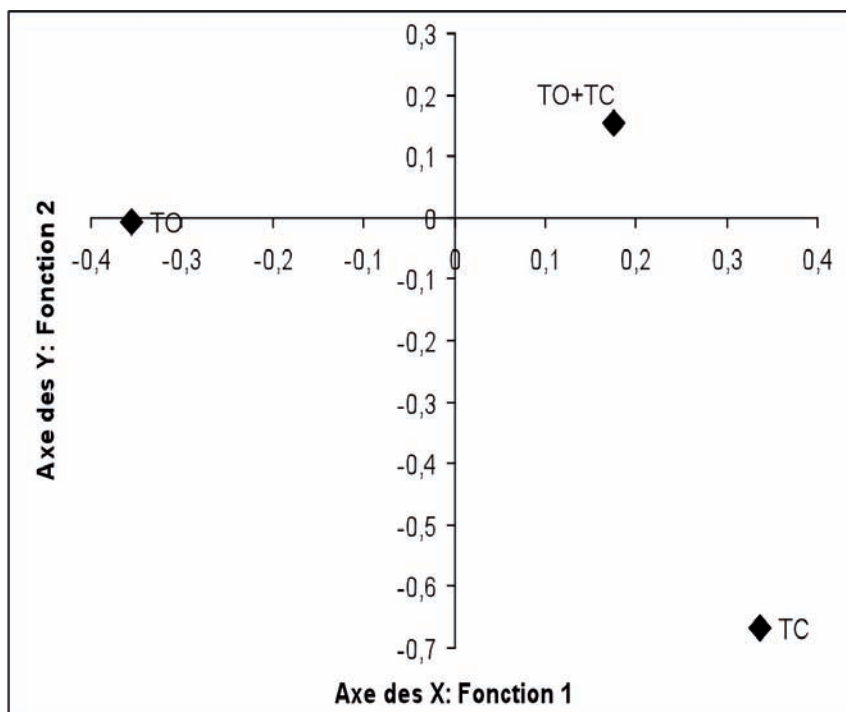
opté pour les remplacer par les moyennes de l'ensemble des participants. Par ailleurs, bien que la proportion de filles ne soit pas significativement différente entre les trois groupes, nous avons aussi vérifié que les garçons et les filles pouvaient être regroupés dans les mêmes analyses en nous assurant de l'absence d'interaction « groupe par sexe » sur les caractéristiques mesurées. Les analyses de variance 3 x 2 effectuées n'ont pas révélé d'interaction significative multivariée ou univariée.

Pour déterminer si des caractéristiques personnelles, familiales et sociales distinguaient les trois groupes d'enfants, une analyse discriminante a été retenue². Toutes les variables incluses dans l'analyse ont été préalablement inspectées sur les plans univarié et multivarié pour vérifier la présence de cas extrêmes. L'inspection variable par variable a révélé que les cas extrêmes n'étaient pas les mêmes d'une variable à l'autre — une situation pour laquelle il est habituellement recommandé de conserver ces cas dans l'analyse (Hair et al., 1998). Aucun cas extrême n'a été identifié au plan multivarié en se basant sur la distance de Mahalanobis avec un seuil fixé à $p < 0,001$, tel que recommandé aussi par Hair et al. (1998). Le test *Box's M* utilisé pour vérifier l'égalité des matrices de covariance entre les groupes a révélé des différences significatives à $p = 0,048$, des différences à ce seuil de signification étant toutefois jugées acceptables en raison de la grande sensibilité du *Box's M* (Tabachnick et Fidell, 1996). Enfin, le résultat du test de sphéricité de *Bartlett* confirme que les variables sont suffisamment corrélées entre elles pour procéder à une analyse multivariée, χ^2 approximé (44) = 6532,21 ; $p < 0,001$, bien que ces corrélations ne soient pas suffisamment élevées pour représenter un risque de multicollinéarité ($r \leq 0,36$).

Les résultats de l'analyse discriminante révèlent que les deux fonctions qui en résultent discriminent significativement les groupes. La première fonction permet d'expliquer 58,9 % de la variance entre les groupes et discrimine surtout le groupe TO des groupes TC et TO + TC (*Wilks' Lambda* = 0,87 ; $\chi^2(18) = 44,69$; $p < 0,001$). La deuxième fonction explique 41,1 % de la variance et distingue plutôt le groupe TC des deux autres groupes (TO et TO + TC) (*Wilks' Lambda* = 0,95 ; $\chi^2(8) = 18,50$; $p < 0,02$). La figure 1 illustre la position des scores moyens obtenus sur les variables canoniques des deux fonctions discriminantes pour chacun des groupes (*centroids*) suite à une rotation orthogonale des axes (approche Varimax).

L'importance des coefficients standardisés calculés pour chacune des caractéristiques, de même que la force des corrélations entre ces caractéristiques et les variables canoniques permettent d'identifier ce qui contribue le plus à distinguer les groupes sur chaque fonction

Figure 1
Centroids calculés pour chacune des fonctions discriminantes selon les groupes



Note : TO = trouble oppositionnel ; TC = trouble des conduites.

discriminante. Le tableau 1 montre, d'abord, que sur la première fonction, la personnalité antisociale du parent principal et le manque de supervision parentale sont les caractéristiques pour lesquelles les coefficients et les corrélations calculées sont à la fois relativement élevés (> 0,5). Ces deux caractéristiques apparaissent donc celles qui contribuent le plus à discriminer le groupe TO des deux autres groupes. Les autres caractéristiques ont un coefficient généralement faible et une corrélation relativement peu élevée avec la première fonction discriminante; elles semblent, de ce fait, peu utiles pour distinguer les groupes. Les moyennes calculées pour chacune des caractéristiques sont présentées dans le tableau 2. Sans perdre de vue que c'est un ensemble de caractéristiques qui discriminent les groupes, ces moyennes de même que le sens des corrélations (positives ou négatives) observées dans le

tableau 1 suggèrent que l'antisocialité des parents et le manque de supervision caractérisent moins les enfants du groupe TO que ceux des groupes TC et TO + TC.

Tableau 1
Fonctions discriminantes des caractéristiques des groupes

Caractéristiques	1 ^{re} fonction discriminante		2 ^{er} fonction discriminante	
	Coefficients standardisés	Corrélations (variable canonique)	Coefficients standardisés	Corrélations (variable canonique)
Symptômes TDAH	0,022	0,045	0,622	0,701
Symptômes anxiété	-0,205	-0,159	0,023	0,229
Habilités verbales	-0,201	-0,326	0,077	0,037
Personnalité antisociale du parent	0,626	0,719	0,146	0,256
Manque de supervision	0,657	0,697	-0,254	0,014
Discipline inconsistante	-0,181	0,220	0,505	0,605
Punitions corporelles	-0,017	0,030	0,381	0,481
Réseau social du jeune	-0,131	-0,135	0,062	0,000
Statut socioéconomique	0,066	0,237	-0,176	-0,191
R canonique		0,28		0,23
Eigen value		0,08		0,06
% Variance		58,9		41,1

Tableau 2
Description des caractéristiques des groupes diagnostiques

Caractéristiques		Groupes diagnostiques		
		TC (n = 39)	TO (n = 123)	TO + TC (n = 174)
Symptômes TDAH	M (é. t)	8,64 (5,00)	10,67 (4,88)	11,32 (4,52)
Symptômes anxiété	M (é. t)	1,44 (2,02)	1,93 (1,87)	1,84 (1,91)
Habilités verbales	M é. t)	104,31 (13,04)	107,59 (13,73)	105,40 (12,75)
Personnalité antisociale du parent	M (é. t)	29,10 (11,78)	25,36 (10,14)	30,18 (12,16)

Manque de supervision	M	1,66	1,45	1,61
	(é. t)	(0,48)	(0,37)	(0,48)
Discipline inconsistante	M	2,63	2,80	2,94
	(é. t)	(0,65)	(0,58)	(0,69)
Punitions corporelles	M	1,42	1,59	1,64
	(é. t)	(0,50)	(0,62)	(0,55)
Réseau social du jeune	M	5,31	5,61	5,38
	(é. t)	(2,74)	(3,50)	(3,10)
Statut socioéconomique	M	5,79	5,47	5,57
	(é. t)	(1,03)	(1,20)	(1,09)

Note : TO = trouble oppositionnel ; TC = trouble des conduites.

Sur la deuxième fonction discriminante, l'examen des coefficients standardisés et des corrélations montre que les caractéristiques qui contribuent à maximiser les différences entre les enfants du groupe TC et ceux des deux autres groupes (TO et TO + TC) sont le nombre de symptômes de TDAH de l'enfant et l'inconstance de la discipline des parents (tableau 1). Sur ces différentes caractéristiques, les enfants du groupe TC obtiennent des moyennes systématiquement plus faibles que ceux des groupes TO et TO + TC (tableau 2).

Les fonctions discriminantes permettent de classer correctement 54,5 % des enfants dans leur groupe respectif. Quoique modeste, ce pourcentage est supérieur de plus du quart à celui attendu pour une classification proportionnelle aléatoire (soit 41,5 % des cas), ce qui peut être jugé comme acceptable selon Hair et al. (1998).

Discussion

En examinant les caractéristiques personnelles, familiales et sociales qui discriminent les enfants présentant un trouble oppositionnel et/ou un trouble des conduites, cette étude visait à identifier des corrélats éventuellement spécifiques à chacun de ces troubles et à leur cooccurrence et, ultimement, à se prononcer sur la pertinence d'une intervention différenciée auprès de ces enfants. Par rapport aux différentes recherches effectuées sur cette question, l'étude se démarque par l'utilisation d'un groupe d'enfants ayant un trouble des conduites sans trouble oppositionnel et par la mesure des corrélats les plus souvent mis en lien avec les conduites antisociales (Lahey et al., 1999 ; Lahey et Waldman, 2003).

Lorsque des troubles s'observent plus fréquemment en cooccurrence que par le simple effet du hasard, des chercheurs émettent l'hypothèse que cette cooccurrence peut être associée à des corrélats différents

ou plus problématiques que ceux normalement observés en présence de l'un ou de l'autre des troubles en jeux (Biederman et al., 2003 ; Jensen, 2003 ; King et al., 2005 ; Lilienfeld, 2003 ; Waschbusch, 2002). Toutefois, les résultats de la présente étude ne supportent pas cette idée pour la cooccurrence du trouble oppositionnel et du trouble des conduites. En effet, nos résultats montrent qu'aucune des deux fonctions discriminantes ne permet d'isoler le groupe TO + TC des deux autres groupes. Les variables qui caractérisent le plus les enfants du groupe TO + TC apparaissent ainsi à la fois celles qui décrivent les enfants du groupe TO (symptômes de TDAH et discipline inconsistante) et celles qui dépeignent ceux du groupe TC (personnalité antisociale des parents et manque de supervision). De tels résultats suggèrent donc que la cooccurrence du trouble oppositionnel et du trouble des conduites reflète plutôt le cumul des corrélats de chacun des deux troubles.

D'autres études supportent également l'idée que les caractéristiques des enfants qui présentent ces troubles en cooccurrence ne se distinguent pas de celles des enfants qui n'ont que le trouble oppositionnel sur le nombre de symptômes de TDAH (Green et al., 2002 ; Kuhne et al., 1997 ; Maughan et al., 2004 ; Rowe et al., 2005) et sur l'inconstance de la discipline parentale (Piffner et al., 2005), ce dernier résultat étant d'autant plus cohérent avec le nôtre qu'il a été obtenu avec le même instrument de mesure des pratiques éducatives. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné le manque de supervision et la personnalité antisociale du parent entre des groupes TO + TC et TC uniquement. Ces résultats doivent bien évidemment être reproduits afin de confirmer que ces deux groupes partagent ces corrélats. Mais dans la mesure où les enfants qui ont à la fois un trouble oppositionnel et un trouble des conduites cumulent les corrélats associés à la présence de chacun des troubles, ce résultat n'en indiquerait pas moins que leur portrait clinique serait plus complexe.

Par ailleurs, l'étude met bien en évidence que le trouble oppositionnel et le trouble des conduites se caractérisent par des corrélats personnels et familiaux distincts. Les différences observées ne soutiennent pas l'idée que le trouble oppositionnel est une forme mineure du trouble des conduites (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada, CIM-10-CA, Institut canadien d'information sur la santé, 2003) ni que le trouble des conduites sans cooccurrence du trouble oppositionnel se caractérise par des corrélats moins problématiques (Maughan et al., 2004). D'une part, nos résultats montrent que la personnalité antisociale du parent est surtout associée à la présence du trouble des conduites

chez l'enfant. Des conclusions similaires ont été formulées par d'autres chercheurs (Faraone et al., 1997 ; Frick et al., 1992 ; Pfiffner et al., 2005), bien que ces études n'aient pas impliqué de groupe d'enfants ayant un trouble des conduites sans trouble oppositionnel. Le manque de supervision parentale apparaît également davantage associé à la présence du trouble des conduites, un résultat qu'appuient, aussi, d'autres études (Frick et al., 1992 ; Rowe et al., 2002). Pour Pfiffner et al. (2005), ce type de dysfonctions chez le parent nuirait à la socialisation et au développement affectif de l'enfant et serait propice au développement du trouble des conduites. La transmission intergénérationnelle est aussi une explication possible de ces associations (Frick et al., 1992 ; Pfiffner et al., 2005). Les résultats de notre étude ne permettent bien évidemment pas de faire d'hypothèse causale. Ils suggèrent néanmoins que les enfants qui ont un trouble des conduites évoluent dans un milieu plus antisocial que les enfants qui ont un trouble oppositionnel et qu'ils sont plus souvent laissés à eux-mêmes.

D'autre part, le TDAH semble plus spécifiquement associé à la présence du trouble oppositionnel chez l'enfant qu'à celle du trouble des conduites. Maughan et al. (2004) ont aussi observé dans leur étude que le nombre de symptômes de TDAH est plus élevé chez les enfants qui ont un trouble oppositionnel que chez ceux qui ne présentent que le trouble des conduites. Ces résultats rejoignent aussi ceux de Costello et al. (2003) qui, dans leur étude de prévalence des troubles de la santé mentale chez l'enfant, observent que l'association fréquemment relevée entre le TDAH et le trouble des conduites s'explique surtout par la cooccurrence du trouble oppositionnel. Nos résultats indiquent également que l'inconstance des pratiques disciplinaires caractérise plus particulièrement les enfants qui ont un trouble oppositionnel que les enfants qui présentent un trouble des conduites uniquement. Ce dernier résultat n'est sans doute pas surprenant étant donné la nature des symptômes du trouble oppositionnel et le fait que ces enfants peuvent aussi être nombreux à présenter des symptômes du TDAH. La présence de ces deux problèmes chez les enfants a été associée à de nombreuses difficultés au plan disciplinaire, notamment lors d'imposition de contraintes (Massé et al., 2006).

Si des caractéristiques personnelles et familiales distinguent les enfants qui ont un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel, d'autres caractéristiques pourtant reconnues comme étant associées au troubles antisociaux (Lahey et al., 1999 ; Lahey et Waldman, 2003) ne permettent pas de bien discriminer ces groupes dans notre étude. C'est le cas des habiletés verbales des enfants, de leur nombre de symptômes

d'anxiété, de leur réseau social et du statut socioéconomique de leur famille. En montrant que ces caractéristiques ne contribuent pas de manière tangible à différencier les groupes, ces résultats pourraient laisser supposer qu'il s'agit de corrélats non spécifiques des conduites antisociales mais caractérisant plutôt l'ensemble de ces conduites.

L'identification de corrélats plus spécifiques à chaque trouble soutient l'intérêt de définir des cibles d'interventions plus différenciées. Un premier pas en ce sens est évidemment de bien évaluer les problèmes présentés par l'enfant et de poser le diagnostic le plus clairement possible. Cela rejoint d'ailleurs les recommandations concernant les enfants et les jeunes ayant un trouble mental énoncées dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Puisqu'il est complexe de poser un diagnostic chez des enfants dont le développement n'est pas terminé, il est précisé dans ce plan de porter une attention particulière à l'évaluation en privilégiant des expertises multiples.

Les résultats de la présente étude suggèrent que l'intervention auprès des enfants qui ont un trouble des conduites devrait particulièrement tenir compte de la probabilité que l'enfant vive dans un milieu antisocial où la supervision est lacunaire. Pour les enfants qui ont un trouble oppositionnel, la nature même de ce trouble tout comme les symptômes de TDAH qui accompagnent fréquemment ce problème suggèrent de renforcer les habiletés des parents à encadrer de manière plus constante les enfants. Quant aux enfants présentant en cooccurrence le trouble oppositionnel et le trouble des conduites, ils devraient bénéficier des interventions ciblées pour chaque trouble. Cette intervention devrait probablement être plus intense et variée en raison du plus grand nombre de corrélats associés et de la complexité du portrait clinique. Bien que des cibles d'intervention soient spécifiques à chaque trouble, il n'en demeure pas moins que peu importe le trouble présenté, les interventions devraient impliquer l'enfant et, aussi, son environnement. Évidemment, l'implication des parents, de la famille et du milieu scolaire rend l'intervention très complexe et entraîne des coûts élevés, ce qui peut souligner l'importance d'une collaboration étroite entre les secteurs des services scolaires, sociaux et de santé et les ressources de la communauté. Néanmoins, de telles interventions cadrent tout à fait avec les principes qui guident l'orientation des services dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010.

L'étude comporte certaines limites qui nuancent l'interprétation des résultats. Les groupes diagnostiques ont été constitués à partir d'un échantillon d'enfants recevant des services spécialisés de l'école ou des centres jeunesse pour leurs difficultés. Si le recours à un tel échantillon

se justifie par la nécessité d'obtenir un nombre suffisant d'enfants avec un trouble oppositionnel ou un trouble des conduites (Angold et al., 1999; Maughan et al., 2004), cet échantillon peut présenter plus de problèmes que les échantillons tirés de la population générale (Angold et al., 1999; Goodman et al., 1997; Rutter, 1997; Waschbusch, 2002). Il est donc possible que les caractéristiques problématiques associées à ces troubles soient surestimées. Par ailleurs, les caractéristiques pertinentes à la discrimination des groupes n'ont peut-être pas toutes été mesurées. Par exemple, la mesure du réseau social utilisée dans l'étude ne rend pas compte des relations avec des pairs déviants (Lahey et al., 1999), une caractéristique qui aurait pu éventuellement discriminer les groupes (Rowe et al., 2005).

Rappelons que notre étude ne porte que sur la cooccurrence simultanée de deux troubles (concurrent comorbidity). Bien que cette façon d'appréhender la cooccurrence soit fréquente (Angold et al., 1999; August et al., 1999; Frick et al., 1992; Green et al., 2002; King et al., 2005; Pfiffner et al., 2005; Rowe et al., 2005; Rutter, 1997; Waschbusch, 2002), il serait important de tenir compte aussi de la cooccurrence successive des troubles dans une perspective longitudinale (Angold et al., 1999), notamment par ce que le trouble oppositionnel peut être un précurseur du trouble des conduites (Lahey et al., 2002; Loeber et al., 2000). La prise en compte de ces deux types de cooccurrence aurait peut-être permis de mieux discriminer le groupe TO + TC des deux autres groupes. Enfin, l'absence d'interaction significative groupe par sexe observée dans les analyses préliminaires suggère que l'intervention devrait être la même peu importe le sexe – ce qui rejoint, d'ailleurs l'étude de Maughan et al. (2004) où des patrons de résultats similaires sont observés pour les garçons et les filles. Soulignons toutefois que notre étude comportait un petit nombre de filles, particulièrement dans le groupe TC, ce qui a pu nuire à la détection de différences significatives. D'autres études devraient bien évidemment être réalisées pour examiner plus finement les différences et les similitudes entre les sexes.

L'étude des facteurs associés au plan transversal n'est qu'un des aspects à documenter (Biederman et al., 2003; Jensen, 2003; King et al., 2005; Lilienfeld, 2003; Schachar et Tannock, 1995; Waschbusch, 2002). En effet, puisque les caractéristiques ont été évaluées en même temps que les troubles, il n'est pas possible d'estimer, particulièrement dans le cas des pratiques éducatives, s'il s'agit de facteurs de risque ou des conséquences de ces troubles. Des études longitudinales portant sur les facteurs associés et sur les trajectoires de développement des troubles selon qu'ils surviennent seul ou en cooccurrence de même que

sur l'effet différencié des traitements sont incontournables pour orienter l'intervention à offrir à ces enfants.

Notes

1. Le terme « cooccurrence » est utilisé dans ce texte en traduction de l'expression concurrent comorbidity. Telle que définie par Angold et al. (1999), cette cooccurrence fait essentiellement référence à la présence simultanée de deux troubles (ou plus) chez un même individu au moment de l'évaluation diagnostique.
2. Comparativement à l'analyse de variance multivariée qui permet de vérifier l'existence de différences entre des groupes, l'analyse discriminante inverse les variables dépendantes et indépendantes et permet d'identifier ce qui caractérise le plus chacun des groupes (Hair et al., 1998). L'analyse discriminante a l'avantage de créer plusieurs variables canoniques (une de moins que le nombre de groupe inclus dans la variable dépendante catégorielle) et de déterminer la position des groupes sur ces variables (centroids) les uns par rapport aux autres.

Références

- ACHENBACH, T. M., EDELBROCK, C., 1983, *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Profile*, Queen City Printers Inc, USA.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e édition, Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, Washington, DC.
- ANGOLD, A., COSTELLO, E. J., ERKANLI, A., 1999, Comorbidity, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1, 57-87.
- AUGUST, G., REALMUTO, G. M., JOYCE, T. ET HEKTNER, J. M., 1999, Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 10, 1262-1270.
- BIEDERMAN, J., MICK, E., WOZNIAK, J., MONUTEAUX, M. C., GALDO, M., FARAONE, S.V., 2003, Can a Subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder be identified? Integration of findings from the Massachusetts General Hospital Pediatric Psychopharmacology Research Program, *Society of Biological Psychiatry*, 53, 952-960.
- BRETON, J. J., BERGERON, L., VALLA, J.-P., BERTHIAUME, C., ST-GEORGES, M., 1998, The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25) in Quebec, Reliability findings in the light of the MECA study, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1167-1174.

- CHOCA, J. P., SHANLEY, L. A., VAN DENBURG, E., 1992, *Interpretative guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*, American Psychological Association, Washington, DC.
- COSTELLO, E. J., MUSTILLO, S., ERKANLI, A., KEELER, G., ANGOLD, A., 2003, Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence, *Archive of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- CRAIG, W. M., DIGOUT, A. R., 2003, Community-oriented interventions for conduct disorder: Theoretical progress needing empirical support, in Essau, C.A., ed, *Conduct and Oppositional Defiant Disorders: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ, 223-256.
- DÉRY, M., LAPALME, M. ET YERGEAU, É., 2005, Les services scolaires et sociaux offerts aux élèves du primaire présentant des troubles du comportement, *Nouveaux Cahiers de la recherche en éducation*, 8, 2, 35-44.
- 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 behavioural difficulties, *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 769-775.
- DUNN, L. M., THÉRIAULT-WHALEN, C. M., DUNN, L. M., 1993, *Échelle de vocabulaire en images Peabody*, Psychan, Toronto.
- FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., JETTON, J. G., TSUANG, M. T., 1997, Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype, *Psychological Medicine*, 27, 291-3000.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, L. J., 2002, Male and female offending trajectories, *Development and Psychopathology*, 14, 159-177.
- FRICK, P. J., 1991, *The Alabama Parenting Questionnaire*, University of Alabama.
- FRICK, P. J., LAHEY, B. B., LOEBER, R., STOUTHAMMER-LOEBER, M., CHRIST, M. A. G., HANSON, K., 1992, Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 1, 49-55.
- FRICK, P. J., 2004, Developmental pathways to conduct disorder: implications for serving youth who show severe aggressive and antisocial behaviour, *Psychology in the School*, 4, 8, 823-834.
- 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.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1999, *Une école adaptée à tous ses élèves. Plan d'action en matière d'adaptation scolaire*, Ministère de l'Éducation du Québec.
- GREEN, R.W., BIEDERMAN, J., ZERWAS, S., MONUTEAUX, M., GORING, J.C., FARAONE, S.V., 2002, Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder, *The American Journal of Psychiatry*, 159, 7, 1214-1224.
- HAIR, J. F. J. R., ANDERSON, R. E., TATHAM, R. L., BLACK, W. C., 1998, *Multivariate Data Analysis. 5^e edition*, Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, 07458, US.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, 2003, *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième révision, CIM-10-CA, Ottawa.
- JENSEN, P. S., 2003, Comorbidity and child psychopathology: Recommendations for the next decade, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 3, 293-300.
- KAZDIN, A. E., WASSELL, G., 2000, Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 4, 414-420.
- KING, S., WASCHBUSCH, D. A., FRANKLAND, B. W., ANDRADE, B. F., THURSTON, C. M., MCNUTT, L., TERRIO, B., 2005, Taxonomic examination of ADHD and conduct problem comorbidity in elementary school children using cluster analyses, *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 27, 2, 77-88.
- KOONCE, D. A., 2000, *Differential diagnosis disruptive behaviour disorders with academic achievement motivation, behavioural assessment system for children-teacher rating scale and behavioural assessment system for children-self report of personality*, thèse, College of Oklahoma State University, États-Unis.
- KUHNE, M., SCHACHAR, R., TANNOCK, R., 1997, Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder, *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1715-1725.
- LAHEY, B. B., LOEBER, R., BURKE, J., APPLGATE, B., 2005, Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 3, 389-399.

- LAHEY, B. B., LOEBER, R., BURKE, J., RATHOUZ, P. J., MCBURNETT, K., 2002, Waxing and waning in concert : Dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys, *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 4, 556-567.
- LAHEY, B. B., WALDMAN, I. D., 2003, A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence, in Lahey, B.B., Moffitt, T.E., Caspi, A., eds, *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*, Guilford Press, New York, 76-117.
- LAHEY, B. B., WALDMAN, I. D., MCBURNETT, K., 1999, The development of antisocial behavior: An integrative causal model, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682.
- LILIENTHAL, S. O., 2003, Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders : Reflections and directions, *Journal of Abnormal Child Psychology* 31, 3, 285-291.
- LINARES SCOTT, T.J., SHORT, E.J., SINGER, L.T., RUSS, S.W., MINNES. S., 2006, Psychometric properties of the Dominic interactive Assessment, A Computerized Self-report for Children. *Assessment*, 13, 1, 16-26.
- LOEBER, R., BURKE, J.D., LAHEY, B.B., WINTERS, A., ZERA, M., 2000, Oppositional Defiant Disorder and Conduct disorder : A Review of the Past 10 Years, Part I, *Journal of American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, n° 12, 1468-1484.
- LOEBER, R., KEENAN, K., LAHEY, B.B., GREEN, S.M., THOMAS, C., 1993, Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder, *Journal of Abnormal child Psychiatry*, 21, 4, 377-410.
- MASSÉ, L., DESBIENS, N., LANARIS, C., 2006, *Les troubles du comportement à l'école, Prévention, évaluation et intervention*, Gaëtan Morin, Montréal.
- MAUGHAN, B., ROWE, R., MESSER, J., GOODMAN, R., MELZER, H., 2004, Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample : developmental epidemiology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 3, 609-621.
- Millon, T., 1987, *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*, Minneapolis, MN, National Computer Systems.
- MOFFITT, T. E., 1993, Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy, *Psychological Review*, 100, 4, 674-701.
- MOFFITT, T. E., 2003, Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10 year research review and a research agenda, in Lahey,

- B.B., Moffitt, T.E., Caspi, A., eds., *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*, Guilford Press, New York, 49-75.
- 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*, Rapport de recherche en 7 fascicules. Sherbrooke: Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, Bibliothèque Nationale du Québec, ISBM no. 2-923371-01-1.
- PATTERSON, G. R., 1992, Developmental changes in antisocial behavior, in Peters, R. D., McMahon, R. J., Quinsey, V. L., eds, *Aggression and Violence Throughout the Life Span*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 52-82.
- PFIFFNER, L. J., MCBURNETT, K., LAHEY, B. B., LOEBER, R., GREEN, S., FRICK, P. J., RATHOUZ, P. J., 1999, Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with attention deficit — hyperactivity disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 881-893.
- PFIFFNER, L. J., MCBURNETT, K., RATHOUZ, P. J., JUDICE, S., 2005, Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 5, 551-563.
- ROWE, R., MAUGHAN, B., COSTELLO, E. J., ANGOLD, A., 2005, Defining oppositional defiant disorder, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 12, 1309-1316.
- ROWE, R., MAUGHAN, B., PICKLES, A., COSTELLO, E. J., ANGOLD, A., 2002, The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 3, 365-373.
- RUTTER, M., 1997, Comorbidity: concepts, claims and choices, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 265-285.
- SCHACHAR, R., TANNOCK, R., 1995, Test of four hypotheses for the comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder and conduct disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 5, 639-648.
- SCHAFFER, D., SCHWAB-STONE, M., FISHER, P., COHEN, P., PIACENTINI, J., DAVIES, M., CONNERS, C. K., REGIER, D., 1993, The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643-650.

- SHELTON, K. K., FRICK, P. J., WOOTON, J., 1996, Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children, *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-329.
- SNYDER, J., REID, J., PATTERSON, G., 2003, A social learning model of child and adolescent antisocial behaviour, in Lahey, B. B., Moffitt, T. E., Caspi, A., eds., *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*, Guilford Press, New York, 27-48.
- TABACHNICK, B. G., FIDELL, L. S., 1996, *Using Multivariate Statistics*, Third edition, HarperCollins College Publishers, New York.
- TOUPIN, J., 1993, *Échelle de statut socioéconomique*, Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE), Sherbrooke.
- TREMBLAY, R. E., LEMARQUAND, D., VITARO, F., 1999, The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder, in *Handbook of Disruptive Behavior*, Quay et Hogan, Kluwer Academic Plenum Publishers, New York, 525-555.
- VALLA, J.-P., BERGERON, L., BÉRUBÉ, H., GAUDET, N., ST-GEORGES, M., 1994, A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years): development, validity and reliability, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 403-423.
- VALLA, J.-P., BERGERON, L., ST-GEORGES, M., BERTHIAUME, C., 2000, Le Dominic interactif: présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites et utilisations, *Revue canadienne de psycho-éducation*, 29, 327-347.
- WASCHBUSCH, D. A., 2002, A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems, *Psychological Bulletin*, 128, 1, 118-150.

ABSTRACT

Characteristics associated with conduct disorder, oppositional defiant disorder and comorbidity

The purpose of the study is to determine whether pattern of association with psychological, social and family correlates are similar for oppositional defiant disorder (ODD), conduct disorder (CD), and ODD + CD. Participants were 336 boys and girls (age range from 6 to 13 years) in treatment for disruptive behaviour disorders including 123 children with ODD, 39 with CD “only”, and 174 with ODD + CD. Results showed that parent’s antisocial personality and poor supervision

characterized children with CD whereas children with ODD presented with more attention deficit/hyperactivity symptoms and inconsistent discipline. All these correlates characterized children with ODD + CD. These results suggest the importance of taking into account these differences between groups in children treatment.

RESUMEN

Características asociadas al trastorno de oposición, al trastorno de la conducta y su co-ocurrencia.

El objetivo de este estudio es determinar si los correlatos (o las combinaciones de correlatos) personales, familiares y sociales permiten discriminar a los niños (n=336) que presentan un trastorno de oposición (TO), un trastorno de la conducta (TC) o ambos trastornos en co-ocurrencia (TC+TO). Los niños tienen entre 6 y 13 años y fueron reclutados entre los niños que reciben servicios especializados para las dificultades comportamentales o familiares por parte de la escuela o del centro para la juventud. Los resultados sugieren que la personalidad antisocial de los padres y la falta de supervisión parental están más asociados al TC, mientras que el trastorno de déficit de la atención con hiperactividad y la inconstancia de la disciplina caracterizan más a los niños que sufren de un TO. Los niños del grupo TO +TC parecen acumular los correlatos asociados a cada trastorno. Estas diferencias deberían tenerse en cuenta durante la intervención ofrecida a los niños.

RESUMO

Características associadas ao transtorno oposicional, ao transtorno das condutas e a sua concomitância

O objetivo deste estudo é determinar se correlações (ou combinações de correlações) pessoais, familiares e sociais permitem discriminar crianças (n=336) que apresentam um transtorno oposicional (TO), um transtorno de conduta (TC) ou os dois transtornos em concomitância (TC+TO). As crianças do estudo têm entre 6 e 13 anos e foram recrutadas entre as crianças que recebiam serviços especializados da escola ou do centro da criança e do adolescente por dificuldades comportamentais ou familiares. Os resultados sugerem que a personalidade antisocial dos pais e a falta de supervisão parental são mais associadas ao TC, ao passo que o transtorno deficitário de atenção com a hiperatividade e a inconstância da disciplina caracterizam mais as crianças que sofrem de um TO. As crianças do grupo TO+TC demonstram acumular correlações associadas a cada transtorno. Estas diferenças deveriam ser levadas em consideração na intervenção feita junto às crianças.