

Université de Montréal

Comparaison d'enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire avec des
enfants de parents sans trouble mental, sur la base de caractéristiques
comportementales, sociales et émotionnelles

par
Nathalie Lalonde
Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

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

Mai 1999

© Nathalie Lalonde, 1999



BF

22

U54

1999

v. 034

1999

Commissariat d'enquête sur les parents souffrant d'un trouble bipolaire avec des enfants de parents sans trouble mental au cours de l'adolescence

1999
Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Travaux présentés à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de
Philosophie (Code 1999-11)
en psychologie



1999
1999

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Comparaison d'enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire avec des
enfants de parents sans trouble mental, sur la base de caractéristiques
comportementales, sociales et émotionnelles

présentée par

Nathalie Lalonde

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Madame Francine Cyr

Madame Sheilagh Hodgins

Madame C. Ruth Solomon-Scherzer

Monsieur Jean-Jacques Breton

Thèse acceptée le: 8 NOVEMBRE 99

Sommaire

L'objectif de ce travail de recherche était de préciser et de décrire les difficultés comportementales, sociales et émotionnelles des enfants de parents souffrant de trouble bipolaire en les comparant à des enfants de parents sans trouble mental. Pour atteindre cet objectif, deux groupes de familles ont été constitués. Les familles devaient avoir au moins un enfant âgé de cinq à 12 ans. Le premier groupe était composé de 49 familles dont l'un des parents biologiques souffre d'un trouble bipolaire. Un total de 67 enfants sont issus de ces familles. Le second groupe était composé de 40 familles dont aucun des parents biologiques ne présentait de trouble mental. Un total de 61 enfants sont issus de ce groupe. Les difficultés comportementales, sociales et émotionnelles de ces enfants ont été évalués à l'aide du CBCL, version parent et enseignant et du Dominique. Les analyses ont permis l'identification de la proportion d'enfants présentant des difficultés et la comparaison des scores bruts moyens obtenus aux échelles du CBCL par les enfants des deux groupes. Des analyses de fonction discriminante ont permis de déterminer les meilleurs prédicteurs de l'appartenance aux groupes. Pour évaluer l'accord entre les différents informateurs, des corrélations et des coefficients kappa ont été effectués. Les résultats indiquent que les enfants de parents bipolaire ne diffèrent pas des enfants de parents sans trouble mental sur le Dominique. Par contre, selon l'évaluation effectuée à l'aide du CBCL, il appert qu'un sous-groupe d'enfants dont l'un des parents souffre d'un trouble bipolaire présente plus de difficultés et des difficultés plus sévères que les enfants de parents sans trouble mental. De plus, les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire reçoivent des scores plus élevés sur les échelles du CBCL que les enfants de parents

sans trouble mental. Les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire sont caractérisés par la présence de problèmes multiples, plutôt que la présence d'une seule difficulté. Les résultats sur les accords inter-juges montrent que les informateurs ne perçoivent pas tous les mêmes difficultés ni la même sévérité de difficultés.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux.....	xii
Liste des figures.....	xiv
Remerciements.....	xv
Introduction.....	1
Chapitre I - L'impact du trouble bipolaire des parents	
chez les enfants.....	5
Définition, prévalence, âge d'apparition et impact psychosocial	
du trouble bipolaire.....	6
Définition.....	6
Prévalence.....	7
Âge d'apparition.....	8
Impact psychosocial.....	8
Résumé.....	11
Étiologie du trouble bipolaire.....	11
Les enfants.....	13
Les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire:	
une population à risque.....	13
La conceptualisation des difficultés	
infantiles: deux approches.....	18
L'approche catégorielle.....	18
L'approche dimensionnelle.....	19
Les difficultés chez les enfants de parents	
souffrant du trouble bipolaire.....	23

Les difficultés chez les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire selon l'approche catégorielle.....	23
Les difficultés chez les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire selon l'approche dimensionnelle.....	35
Les difficultés infantiles des échantillons d'enfants de la population générale.....	42
Les difficultés chez les enfants de la population générale selon l'approche catégorielle.....	43
Les difficultés chez les enfants de la population générale selon l'approche dimensionnelle.....	45
Comorbidité.....	48
La comorbidité selon l'approche dimensionnelle.....	50
La comorbidité selon l'approche catégorielle.....	53
Le pronostic des enfants présentant des troubles comorbides.....	55
Différences quant aux difficultés selon le genre et l'âge de l'enfant.....	56
Conclusion.....	58
Hypothèses.....	60
Chapitre II - Description de la recherche.....	61
Sujets.....	62
Groupe BP.....	62
Groupe STM.....	66

Instruments de mesures.....	67
La mesure des troubles mentaux chez les parents.....	67
Autres mesures utilisées chez les parents.....	69
Les mesures des difficultés et du fonctionnement psychosocial des enfants.....	70
Le CBCL-Parents.....	71
Le CBCL-Enseignant.....	73
Le Dominique.....	74
Autres mesures utilisées chez les enfants.....	75
Déroulement de la recherche.....	75
Recrutement.....	75
Le dépistage.....	77
Les entrevues diagnostiques avec les parents.....	78
Les entrevues auprès des enfants.....	79
Le point de vue des enseignants.....	80
Chapitre III - Analyse des résultats.....	82
Comparaisons des caractéristiques sociodémographiques des sujets des groupes BP et STM.....	84
Caractéristiques sociodémographiques des parents.....	84
Caractéristiques sociodémographiques des enfants.....	85
Psychopathologie chez les enfants selon le Dominique.....	85
Comparaisons par catégories diagnostiques.....	85
Comparaisons quant au nombre de symptômes.....	86
Comparaisons entre les genres selon les catégories diagnostiques.....	86
Fonctionnement psychosocial des enfants selon le CBCL.....	87

Comparaisons des enfants des groupes BP et STM avec les normes.....	89
Interaction entre les variables sociodémographiques et les résultats aux échelles du CBCL.....	90
Proportions d'enfants ayant obtenu un score dans la zone clinique.....	91
Cotation de la mère biologique.....	91
Cotation du père biologique.....	95
Cotation de l'enseignant.....	97
Comparaisons des scores bruts.....	100
Cotation de la mère biologique.....	100
Cotation du père biologique.....	104
Cotation de l'enseignant.....	106
Proportion de garçons et de filles ayant des scores dans la zone clinique.....	109
Cotation de la mère biologique.....	109
Cotation du père biologique.....	112
Cotation de l'enseignant.....	114
Comparaisons des scores bruts moyens entre les garçons et les filles.....	114
Cotation de la mère biologique.....	114
Cotation du père biologique.....	117
Cotation de l'enseignant.....	117
Lien entre l'âge et les scores bruts moyens.....	118
Effet d'interaction entre l'âge, le genre et le groupe sur les scores bruts.....	120
Comparaisons des scores bruts des enfants SP et AP.....	120
Comparaisons des enfants SP des groupes BP et STM.....	121

Comparaisons des enfants AP des groupes BP et STM.....	123
Comorbidité.....	128
Comorbidité chez les enfants du groupe STM.....	128
Comorbidité chez les enfants du groupe BP.....	130
Comparaisons entre les deux groupes.....	132
Les prédicteurs de l'appartenance aux groupes.....	135
Accord entre les informateurs du CBCL.....	139
Coefficients kappa.....	139
Corrélations.....	142
Vérification des hypothèses.....	144
Hypothèse 1.....	144
Hypothèse 2.....	146
Hypothèse 2a.....	146
Hypothèse 3.....	146.
Hypothèse 4.....	147
Chapitre IV - Interprétation des résultats.....	148
Symptomatologie présentée par les enfants ayant un parent souffrant du trouble bipolaire en comparaison avec les enfants de parents sans trouble mental selon le Dominique.....	149
Symptomatologie présentée par les enfants ayant un parent souffrant du trouble bipolaire en comparaison avec les enfants de parents sans trouble mental selon le CBCL.....	154
Proportion d'enfants ayant un score dans la zone clinique.....	154
Comparaisons des scores bruts entre les deux groupes d'enfants.....	157
Interaction entre les variables sociodémographiques des parents et les résultats obtenus par les enfants	

aux diverses échelles du CBCL.....	160
Comparaisons des enfants SP et AP des groupes BP et STM.....	162
Comparaisons des enfants SP des groupes BP et STM.....	162
Comparaisons des enfants AP des groupes BP et STM.....	165
Comorbidité.....	166
Comparaisons des résultats par genre de l'enfant.....	167
Lien entre les scores bruts moyens et l'âge.....	169
Prédicteurs de l'appartenance aux groupes.....	170
Accord entre les informateurs au CBCL.....	172
Implications cliniques.....	174
Synthèse.....	177
Conclusion.....	183
Références.....	189
Appendice.....	205

Liste des tableaux

Tableau 1	Études sur les enfants de la population générale ayant utilisé le CBCL.....	46
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des parents.....	64
Tableau 3	Caractéristiques sociodémographiques des enfants.....	65
Tableau 4	Moyenne et écart-type quant au nombre de symptômes par catégories diagnostiques du Dominique.....	87
Tableau 5	Proportions d'enfants ayant des scores dans la zone clinique aux échelles du CBCL, selon la mère biologique.....	92
Tableau 6	Proportions d'enfants ayant des scores dans la zone clinique aux échelles du CBCL, selon le père biologique.....	96
Tableau 7	Proportions d'enfants ayant des scores dans la zone clinique des échelles du CBCL, selon l'enseignant.....	99
Tableau 8	Comparaisons entre les deux groupes d'enfants par rapport aux échelles du CBCL, selon la mère biologique.....	102
Tableau 9	Comparaisons entre les deux groupes d'enfants par rapport aux échelles du CBCL, selon le père biologique.....	105

Tableau 10 Comparaisons entre les deux groupes d'enfants par rapport aux échelles du CBCL, selon l'enseignant.....	107
Tableau 11 Proportions d'enfants ayant des scores dans la zone clinique aux échelles du CBCL par le genre de l'enfant, selon la mère biologique.....	110
Tableau 12 Proportions d'enfants ayant des scores dans la zone clinique des échelles du CBCL par le genre de l'enfant, selon le père biologique.....	113
Tableau 13 Comparaisons entre le genre de l'enfant par rapport aux échelles du CBCL, selon la mère biologique.....	115
Tableau 14 Nombre d'enfants ayant reçu au moins un score dans la zone clinique selon le type d'informateur.....	131
Tableau 15 Taux de comorbidité bidirectionnelle du groupe BP.....	133
Tableau 16 Corrélations entre les échelles prédictives et la fonction discriminante.....	137
Tableau 17 Accord inter-juges (mère, père et enseignant) sur les échelles du CBCL / coefficients kappa.....	140
Tableau 18 Accord inter-juges (mère, père et enseignant) sur les échelles du CBCL / corrélations.....	142

Liste des figures

Figure 1	Répartition des familles du groupe BP.....	63
Figure 2	Répartition des familles du groupe STM.....	66

Remerciements

L'auteure désire remercier sa directrice de thèse, Madame Sheilagh Hodgins, pour ses encouragements, son support, ses commentaires pertinents et son aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail. De plus, sa capacité à gérer efficacement les situations parfois difficiles rencontrées lors d'études supérieures a été grandement appréciée. Plusieurs personnes ont collaboré à ce projet et il importe de les remercier: mesdames Micheline Lapalme, Marie-France Côté, Suzanne Léveillé, Isabelle Tétrault, Catherine Laroche, Myriam Marrache, Antoinette Thomas, ainsi que monsieur François Lavoie. L'auteure tient à exprimer son appréciation à ses proches pour leur support et leurs encouragements, et plus particulièrement à ses parents, pour avoir si généreusement donné de leur temps et énergie pour s'occuper des jumelles (Charlotte et Marie-Jeanne) lors des corrections du manuscrit. Enfin, un énorme merci à Daniel Moisan, le conjoint de l'auteure, pour sa patience, ses encouragements, son soutien moral et financier tout au long de la réalisation de ce travail.

Introduction

L'étude des troubles mentaux graves (schizophrénie et troubles affectifs majeurs) suscite beaucoup d'intérêt chez les chercheurs. Alors que plusieurs s'intéressent à définir et mieux comprendre un trouble, d'autres s'intéressent au traitement. Plus récemment, la prévention et la compréhension des facteurs de risque au développement d'un trouble mental grave a suscité un intérêt chez plusieurs chercheurs.

Des travaux de recherche ont démontré que les enfants de parents souffrant d'un trouble mental grave constituaient un groupe à risque très élevé de développer des troubles mentaux. En plus d'être exposés au risque génétique, ils sont aussi éduqués par un parent souffrant d'un trouble mental, dont le fonctionnement psychosocial est perturbé.

Cependant, les connaissances actuelles sur les facteurs de risque et de protection dans le développement des troubles mentaux graves sont très limitées, principalement en ce qui concerne le trouble bipolaire.

La recherche dans ce domaine n'apporte plus de nouvelles connaissances. Les limites méthodologiques des études antérieures nuisent à la généralisation des résultats que l'on peut tirer de ces études.

Dans le but d'améliorer les connaissances, un vaste projet a été mis sur pied. Son objectif était d'identifier et de comprendre les déterminants psychosociaux du trouble bipolaire en examinant les effets de ces déterminants sur les enfants. De plus, ce projet visait à pallier plusieurs des limites méthodologiques des travaux antérieurs.

Il s'agissait donc d'élaborer une étude longitudinale prospective sur une population à risque. Le choix du trouble bipolaire était intéressant dans la mesure où les connaissances sont plus limitées que pour la dépression majeure ou la schizophrénie. De plus, l'intérêt pour ce trouble s'accroît dans notre société.

Il a été déterminé de bâtir deux groupes de familles distinctes, l'une ayant un parent biologique souffrant du trouble bipolaire et l'autre ayant deux parents biologiques exempts de troubles mentaux. Chacune des familles a ainsi été soumise à une évaluation exhaustive sur plusieurs déterminants possible du développement des troubles mentaux. Aussi plusieurs informations ont pu être recueillies, tant sur les parents que les enfants. Les dimensions évaluées par le projet sont multiples. Pour chaque parent biologique, les aspects suivants ont été évalués: la psychopathologie (diagnostics sur l'axe I et II du DSM-IV), la gestion des conflits avec le conjoint et les enfants, la qualité et la quantité du réseau social, la personnalité, les habiletés parentales, l'ajustement marital, les moyens de coping, le QI verbal et performance. Chez les enfants, le fonctionnement psychosocial et la psychopathologie selon deux instruments diagnostiques ont été évalués. La comparaison des familles a pu ainsi s'effectuer sur plusieurs dimensions et devrait permettre de dégager, lors du suivi prospectif, des conclusions intéressantes sur les déterminants du développement du trouble bipolaire.

Par ailleurs, ce vaste projet a été divisé en plusieurs sous-projets, dont le présent travail. L'objectif de la présente étude était d'établir une base solide quant à la description des difficultés comportementales, sociales et émotionnelles des enfants de parents souffrant du trouble

bipolaire. Cette base pourra ultérieurement servir lors du suivi prospectif des enfants et ainsi, déterminer quelles composantes de ces difficultés constituent des facteurs de risque ou de protection pour le développement du trouble bipolaire. Dans ce travail, nous avons utilisé la mesure de fonctionnement psychosocial et une des deux mesures de psychopathologie de l'enfant. L'ensemble des autres mesures fait partie des différents autres sous-projets.

Le présent travail se divise en cinq sections. D'abord, le premier chapitre présente une revue de la documentation pertinente à ce travail ainsi qu'une synthèse de l'information. Des hypothèses sont dégagées de cette synthèse. Le second chapitre présente la méthodologie propre à ce travail. Cette section comporte une description des sujets, des instruments utilisés et du déroulement de l'expérimentation. Le troisième chapitre présente les résultats et les tests statistiques utilisés. Ensuite, le quatrième chapitre présente une compréhension des résultats en fonction de nos connaissances actuelles et tente de dégager les grandes lignes directrices. Enfin, la conclusion générale complète le travail. Dans cette section, une synthèse du travail est effectuée.

Chapitre I
L'impact du trouble bipolaire des parents
chez les enfants

DÉFINITION, PRÉVALENCE, ÂGE D'APPARITION ET IMPACT PSYCHOSOCIAL DU TROUBLE BIPOLAIRE

Définition

Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), le trouble bipolaire fait partie des troubles de l'humeur et se caractérise par l'alternance entre deux états distincts, soit la dépression majeure et l'épisode maniaque (pour le trouble bipolaire I) ou l'épisode hypomaniaque (pour le trouble bipolaire II). Il s'agit d'un trouble récurrent et sévère qui peut, dans certains cas, comporter des symptômes psychotiques. Le trouble bipolaire affecte l'humeur, le comportement et les cognitions des individus qui en sont atteints.

Selon le DSM-IV, la dépression majeure se définit par la présence d'au moins cinq des symptômes suivants: 1) humeur déprimée presque toute la journée; 2) diminution marquée de l'intérêt pour les activités habituellement plaisantes; 3) perte ou gain de poids significatif ou perte ou augmentation de l'appétit; 4) insomnie ou hypersomnie; 5) agitation ou ralentissement psychomoteur; 6) fatigue ou perte d'énergie; 7) sentiment d'infériorité ou de culpabilité excessive; 8) difficulté de concentration et 9) pensées récurrentes liées à la mort (idées suicidaires avec ou sans plan spécifique ou tentative de suicide). Le critère 1 ou 2 doit nécessairement être présent. De plus, ces symptômes doivent être présents presque chaque jour pour une durée minimale de deux semaines, ne pas être dus à un deuil ou à la consommation de psychotropes ou d'alcool. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une

altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (American Psychiatric Association, 1994).

L'épisode maniaque se définit par une humeur particulièrement élevée, expansive ou irritable d'une durée d'au moins une semaine. Durant cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants doivent être présents: 1) grandiosité ou estime de soi surévaluée; 2) diminution du besoin de sommeil (trois heures peuvent suffire à se sentir reposé); 3) débit verbal plus grand; 4) fuite des idées; 5) distraction; 6) agitation psychomotrice ou augmentation des activités et 7) engagement excessif dans des activités à haut potentiel de risque. La perturbation de l'humeur doit impliquer des difficultés significatives dans le fonctionnement ou l'hospitalisation pour protéger l'individu contre lui-même ou les autres et ne doit pas être due à la consommation de psychotropes ou d'alcool (American Psychiatric Association, 1994). Dans le cas de l'épisode hypomaniaque, les symptômes sont les mêmes mais la durée est réduite. De plus, malgré un impact sur le fonctionnement psychosocial, la perturbation de l'humeur n'entraîne aucune conséquence sur la vie sociale et professionnelle et l'individu ne nécessite pas d'hospitalisation.

Prévalence

Deux études de prévalence des troubles mentaux graves ont été effectuées aux États-Unis. Selon le projet ECA (Epidemiologic Catchment Area) (Robins et Regier, 1991) effectué au début des années quatre-vingt dans cinq régions distinctes, auprès de 19 182 personnes et à l'aide du Diagnostic Interview Schedule (DIS), la prévalence du trouble bipolaire de

type I est de 0,8% et de 0,5% pour le type II. Il existe peu de différence entre les taux de prévalence des hommes et des femmes en ce qui concerne le trouble bipolaire. La prévalence pour les hommes, selon cette étude, s'élève à 0,7% alors qu'elle est de 0,9% pour les femmes.

La deuxième étude épidémiologique, effectuée au début des années quatre-vingt-dix par Kessler et al. (1994) a établi les taux de prévalence à vie d'un épisode maniaque à 1,6% pour les hommes, à 1,7% pour les femmes et à 1,6% au total. Plusieurs facteurs peuvent permettre d'expliquer l'augmentation des taux de prévalence dans l'étude de Kessler et al. (1994) par rapport au projet ECA: méthodologie, instruments et systèmes diagnostiques (DSM-III par rapport à DSM-III-R) différents. Par ailleurs, il semble que la prévalence du trouble bipolaire augmente et cela serait causée par une apparition plus précoce du trouble.

Âge d'apparition

Selon l'étude du projet ECA, l'âge moyen d'apparition du trouble bipolaire de type I est de 18 ans et de 22 ans pour le type II (Robins et Regier, 1991).

Impact psychosocial

L'impact du trouble bipolaire sur le fonctionnement psychosocial d'un individu est énorme. Le trouble bipolaire entraîne généralement beaucoup de souffrance et occasionne des perturbations importantes dans la vie familiale, sociale et occupationnelle des personnes qui en sont atteintes. Selon Goodwin et Jamison (1990), les individus souffrant d'un

trouble bipolaire développent fréquemment des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Par ailleurs, ils rapportent fréquemment que leur relation de couple tend à être insatisfaisante et conflictuelle. Cela peut s'expliquer par les corrélations trouvées entre la présence de trouble bipolaire et le statut marital, ainsi que la présence de troubles mentaux chez le conjoint.

En effet, les résultats sur le statut marital du projet ECA décrit précédemment, indiquent que la prévalence de gens souffrant du trouble bipolaire est 3,4 fois plus élevée parmi le groupe d'individus n'ayant jamais été mariés, 6,5 fois plus élevée parmi le groupe d'individus divorcés une fois et 7,5 fois plus élevée parmi le groupe d'individus ayant divorcé deux fois comparativement au groupe d'individus mariés et n'ayant jamais divorcé (Weissman et al, 1991). De plus, il a été démontré que la prévalence de troubles mentaux chez les conjoints des individus souffrant du trouble bipolaire excède la prévalence des troubles mentaux dans la population générale (Baron, Mendlewicz, Gruen, Asnis et Fieve, 1981; Gershon, Dunner, Sturt et Goodwin, 1973).

Au plan professionnel, les résultats du projet ECA démontrent que les gens souffrant de trouble bipolaire se retrouvent plus fréquemment sans emploi. En effet, on note qu'il y a deux fois plus d'individus souffrant de trouble bipolaire qui ont été sans emploi pour une période de six mois au cours des cinq dernières années que d'individus souffrant de trouble bipolaire qui n'ont pas eu cette période de chômage (Weissman et al., 1991).

Au plan familial, certains travaux de recherche tendent à démontrer que les parents souffrant du trouble bipolaire manifestent des habiletés parentales dysfonctionnelles (Burge et Hammen, 1991; Conrad et Hammen, 1989). Cependant, peu d'études se sont penchées sur ce thème d'où la difficulté à affirmer clairement que les parents souffrant du trouble bipolaire ont effectivement des habiletés parentales dysfonctionnelles.

Par ailleurs, pour les individus souffrant du trouble bipolaire, les hospitalisations sont fréquentes, de même que le taux des tentatives suicidaires et du suicide, qui peut atteindre 35% (Goodwin et Jamison, 1990).

Des études ont démontré un taux de rechute très élevé et un faible fonctionnement psychosocial chez les individus souffrant du trouble bipolaire (Bauwens, Tracy, Pardoën, Vander Elst et Mandlewicz, 1991; Harrow, Goldberg, Grossman et Meltzer, 1990; Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder et Mintz, 1988; Pardoën, Bauwens, Tracy, Martin et Mendlewicz, 1993; Post, 1993). Suppes, Baldessarini, Faedda et Tohen (1991) ont trouvé que plus de 50% des personnes atteintes du trouble bipolaire rechutaient dans un délai moyen de cinq mois après l'arrêt de la prise de lithium, alors qu'une proportion de 80 à 90% de ces personnes rechutaient deux ans après l'arrêt de leur médication de lithium. Une autre étude a démontré un taux de rechute de plus de 73% après une période de quatre ans suivant la sortie de l'hôpital (Tohen, Waternaux et Tsuang, 1990).

Résumé

En résumé, la prévalence du trouble bipolaire dans la population est d'environ 1,6%. Ce trouble apparaît habituellement avant 20 ans et il est chronique. Les individus atteints doivent prendre une médication de façon continue, ils sont susceptibles de vivre des séjours répétés à l'hôpital et leur fonctionnement psychosocial est perturbé.

ÉTIOLOGIE DU TROUBLE BIPOLAIRE

En général, les travaux de recherche qui se sont penchés sur l'agrégation familiale ont trouvé des taux de prévalence de troubles mentaux de sept à 10 fois plus élevés chez les familles où il y a déjà un membre souffrant du trouble bipolaire comparativement aux familles où il n'y en a pas. Andeasen et al. (1987) ont démontré que 33,3% des personnes issues de familles où il y a un trouble bipolaire ont un trouble mental grave à l'âge adulte. Ils stipulent aussi que la prévalence de la dépression majeure est supérieure à la prévalence du trouble bipolaire dans ces familles. Un taux de 58% de troubles mentaux dont 14,8% de troubles bipolaires a été trouvé chez les individus issus de familles bipolaires comparativement à 10,9% de troubles mentaux dont 1,2% de troubles bipolaires chez les familles contrôles (Kutcher et Marten, 1991). Gershon et al. (1982) ont rapporté un taux de prévalence de 25% de troubles mentaux graves chez les personnes adultes issues de familles bipolaires comparativement à 7,6% chez les familles contrôles. Par ailleurs, deux études ont démontré qu'une personne sur deux issue de parents souffrant d'un trouble bipolaire aura un trouble affectif grave à

l'âge adulte (Pauls, Morton et Egeland, 1992; Weissman, Fendrich, Warner et Wickramarathe, 1992).

Malheureusement, ces études ne nous disent rien du facteur héréditaire du trouble bipolaire puisqu'il est possible que l'environnement dans lequel les gens de familles bipolaires évoluent suffise au développement de troubles mentaux. Cependant, des études de jumeaux nous donnent des informations supplémentaires. En effet, le taux de concordance pour le trouble bipolaire à l'âge adulte chez les jumeaux monozygotes est environ de 67% alors qu'il est d'environ 10% pour les jumeaux dizygotes (Allen, 1976; Torgersen, 1986). Cette différence entre les taux de concordance chez les jumeaux monozygotes et dizygotes laisse supposer l'existence d'un facteur génétique associé au trouble. Cependant, les facteurs environnementaux demeurent présents puisque le taux de concordance des jumeaux monozygotes n'atteint jamais 100%. Ces résultats nous incitent à penser qu'il existe une vulnérabilité génétique dans le développement du trouble bipolaire. Par contre, il existe aussi des facteurs de risque ou de protection qui peuvent influencer cette vulnérabilité génétique et qui sont nécessaires dans le développement du trouble bipolaire.

Parmi les facteurs de risque et de protection qui peuvent influencer, chez un enfant, le développement éventuel du trouble bipolaire, certains sont spécifiques à l'enfant et d'autres font partie de l'environnement. On ne connaît pas vraiment les facteurs spécifiques à l'enfant, puisqu'il n'existe aucun travail de recherche sur ce thème. À ce plan, l'intelligence et le tempérament sont intuitivement les deux facteurs les plus impliqués, soit dans la protection, soit dans l'augmentation du risque de

développer un trouble bipolaire. Par contre, au plan environnemental, tous les facteurs liés de près ou de loin à l'environnement familial et aux parents (habiletés parentales, violence, hospitalisation des parents, tentatives suicidaires des parents, etc.) ont peut être un rôle important à jouer, de même que le milieu de vie (classe socio-économique) et le milieu scolaire.

En résumé, les connaissances actuelles sur les facteurs étiologiques du trouble bipolaire sont minimes. Seuls les travaux de recherche sur le facteur génétique sont plus étoffés. Par contre, leurs conclusions permettent d'affirmer que le facteur génétique n'est pas déterminant dans le développement du trouble bipolaire et que d'autres facteurs y sont impliqués.

LES ENFANTS

Les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire: une population à risque

L'étude de Santé Québec sur la santé mentale des jeunes québécois nous donne les taux de prévalence des troubles mentaux chez un échantillon représentatif d'enfants et d'adolescents québécois. De prime abord, il ne s'agit pas d'une étude sur un groupe à risque, mais les auteurs ont rapporté une association entre la présence de troubles mentaux chez les parents et la présence de troubles mentaux chez les jeunes. Les enfants de six à huit ans dont les parents sont déprimés et où l'on retrouve des antécédents familiaux de troubles mentaux et de comportements suicidaires, ont plus de chance d'avoir un trouble mental

intériorisé (dépression, anxiété, angoisse de séparation), selon le Dominique (Valla, Bergeron, Bérubé, Gaudet et St-Georges, 1994), que les enfants n'ayant pas de tels parents. De plus, la présence de dépression chez les parents donne un risque trois fois plus élevé d'avoir un trouble mental intériorisé. Ce lien est aussi présent chez les enfants de neuf à 11 ans, mais l'association est plus faible (Valla et al., 1994).

De plus, les études sur l'étiologie du trouble bipolaire nous indiquent clairement que les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire forment une population à risque pour le développement d'un trouble affectif à l'âge adulte. Mais qu'en est-il durant leur enfance et leur adolescence?

Plusieurs travaux de recherche stipulent que la psychopathologie durant l'enfance prédispose à la psychopathologie à l'âge adulte (Kohlberg, Ricks et Snarey, 1984; Robins, 1989). Pouvons-nous supposer que les enfants à risque de développer un trouble mental grave à l'âge adulte vont manifester une certaine déviance à l'enfance? Plusieurs études nous indiquent que c'est effectivement le cas.

L'étude de ces populations à risque, que sont les enfants de parents souffrant d'un trouble mental grave, fait l'objet de plus en plus d'intérêt de la part des chercheurs. Plusieurs raisons expliquent cet intérêt. D'abord, une meilleure compréhension du trouble et une meilleure connaissance des facteurs précurseurs. Ensuite, un désir de mieux identifier les personnes à risque pour mieux prévenir et aussi, améliorer nos connaissances des troubles présentés par les enfants.

Lapalme, Hodgins et Laroche (1995) ont effectué une méta-analyse de 26 travaux de recherche sur les difficultés comportementales, sociales et émotionnelles des enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire. Les travaux de recherche devaient présenter une évaluation diagnostique ou psychosociale d'enfants dont au moins un des parents souffrait du trouble bipolaire. Les résultats de la méta-analyse ont démontré que les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire ont deux fois et demie plus de risques de développer un trouble mental quelconque et quatre fois plus de risques de développer un trouble affectif que les enfants de parents sans trouble mental.

Si nous nous attardons plus en détails à ces travaux de recherche, nous constatons que les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire ont des difficultés très variées.

Au plan intellectuel et neuropsychologique, Decina et al. (1983) ont évalué le QI, à l'aide du WISC-R, de deux groupes d'enfants. Ils ont trouvé que le QI performance des 31 enfants de parents bipolaires est significativement inférieur au QI performance des 18 enfants de parents sans trouble mental du groupe de comparaison. De plus, chez les enfants de parents bipolaires, l'écart moyen entre le QI performance et le QI verbal est de 15 points, le QI verbal étant supérieur. Par contre, d'autres chercheurs n'ont trouvé aucune différence entre ces deux mêmes groupes d'enfants, à l'exception d'un repérage visuel plus lent chez les enfants de parents bipolaires (Winters, Stone, Weintraub et Neale, 1981). Les résultats contradictoires de cette seconde étude sont affaiblis par le fait que les diagnostics des parents sont basés sur les critères du DSM-II.

Les diagnostics sont donc beaucoup moins précis et cela ne nous permet pas de savoir si l'absence de différence entre les deux groupes d'enfants est attribuable à l'hétérogénéité des diagnostics parentaux ou aux caractéristiques propres aux enfants.

Au plan social et interpersonnel, les résultats de Weintraub (1987) montrent que 25,4% des enfants de parents bipolaires ont des difficultés d'ajustement social comparativement à 9,9% des enfants de parents sans trouble mental. L'ajustement social est évalué par divers instruments qui recueillent l'information de cinq sources, soit l'enseignant, les parents, les pairs, le jeune lui-même et le dossier scolaire. De plus, ces difficultés d'ajustement social sont encore plus marquées lorsque les enfants présentent des symptômes de troubles affectifs. En effet, chez un groupe de 37 adolescents de parents souffrant du trouble bipolaire, l'ajustement social auto-rapporté était inférieur chez ceux qui manifestaient des symptômes affectifs selon le Research Diagnostic Criteria (RDC, Spitzer, Endicott et Robins, 1978) (Klein, Depue et Krauss, 1986).

Deux études se sont penchées sur un échantillon de très jeunes enfants et démontrent que malgré leur très jeune âge, des différences existent entre les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire et les enfants de parents sans trouble mental. Un groupe de sept garçons de parents bipolaires et un groupe de 10 garçons et filles de parents sans trouble mental ont été suivis pendant un an et demi. Ils ont été observés à la maison mensuellement et mis en situation en laboratoire à 30 mois. Les résultats de la première étude ont indiqué que les enfants, âgés de 12 à 30 mois et dont l'un des parents souffre d'un trouble bipolaire, ont plus de symptômes tels que timidité excessive, dépendance, colère, impulsivité,

affect inapproprié, excitabilité et tension et que leurs symptômes sont plus sévères que les enfants de parents ne souffrant pas d'un trouble mental. Ils manifestent plus souvent des stratégies de résolution de conflits basées sur la non-agression, le partage et l'acquiescement que les enfants de parents sans trouble mental. Par ailleurs, les enfants de parents bipolaires expriment plus de détresse après avoir vu un conflit entre deux adultes (Zahn-Waxler, McKnew, Cummings, Davenport et Radke-Yarrow, 1984).

La seconde étude a comparé en laboratoire les mêmes enfants à l'âge de 12, 15 et 18 mois. Les enfants ont été soumis à diverses situations visant à évaluer leurs attitudes et comportements d'attachement et leur capacité d'auto-régulation de leurs émotions. Les résultats de cette seconde étude ont indiqué que la proportion d'enfants ayant un attachement insécuré augmente avec l'âge (15 mois par rapport à 18 mois) chez les enfants de parents bipolaires. Chez ces derniers, la réponse émotionnelle est aussi plus perturbée que chez le groupe d'enfants avec des parents sans trouble mental et ce, à 12, 15 et 18 mois (Gaensbauer, Harmon, Cytryn et McKnew, 1984).

Même si ces deux dernières études comportent un très petit nombre de sujets, les résultats sont intéressants et montrent que les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire peuvent dès leur jeune âge se différencier des enfants de parents sans trouble mental.

En résumé, il appert de ces quelques travaux de recherche que les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire sont à risque de manifester des difficultés au plan intellectuel, neuropsychologique, social

et interpersonnel. D'autres travaux se sont penchés plus à fond sur ces enfants. Avant de les aborder avec plus de précision, il apparaît important de présenter deux approches de la conceptualisation des diverses difficultés chez les enfants.

La conceptualisation des difficultés infantile: deux approches

La majorité des travaux de recherche ayant observé les difficultés des enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire rapporte une prévalence plus élevée de divers troubles comportementaux, sociaux et émotifs. Avant d'aborder ces résultats, il apparaît important d'expliquer les deux approches les plus couramment rencontrées dans le domaine des difficultés infantiles. Elles comportent toutes deux des méthodes d'évaluation différentes de ces troubles qui sont fréquemment rencontrées dans les études sur les enfants de parents bipolaires.

L'approche catégorielle

La première approche conçoit les difficultés infantiles de manière similaire à celle des adultes, qui élabore des critères servant à établir des diagnostics de troubles mentaux (approche catégorielle). Les diverses éditions du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994) vont en ce sens. Pour obtenir un diagnostic, un individu doit satisfaire un certain nombre de critères et certaines catégories de diagnostics sont mutuellement exclusives. Il ne s'agit pas d'un continuum mais d'un concept dichotomique, un individu répond ou ne répond pas aux critères du diagnostic. Cette approche permet de définir des entités

diagnostiques précises et détaillées quant à leurs manifestations et permet une étude approfondie d'un même concept reconnu par une majorité. Plusieurs instruments existent pour poser un diagnostic, mais dans plusieurs situations, il s'agit essentiellement d'une entrevue clinique. Certains instruments utilisent de l'information provenant des parents, d'autres des enfants et d'autres, combinent les deux sources. Cela peut amener le problème d'accord entre les informateurs. Comme nous le verrons dans la prochaine section, souvent les parents et les enfants ne perçoivent, ni ne rapportent les mêmes symptômes.

Les autres problèmes avec ce type d'évaluation sont le changement des critères et des catégories diagnostiques d'une édition à l'autre, le fait qu'il est souvent difficile d'obtenir l'information permettant de vérifier les critères lorsqu'il s'agit d'enfant. Un adulte est en mesure de rapporter avec beaucoup plus de précision ce qu'il ressent, ce qu'il pense, ce qu'il perçoit alors que cet exercice est souvent impossible pour un enfant. De plus, le comportement d'un enfant peut varier beaucoup d'un contexte à l'autre, rendant ainsi la généralisation d'un diagnostic difficile.

L'approche dimensionnelle

La seconde approche (approche dimensionnelle) se base sur la « psychopathologie »¹ développementale qui se définit par une approche générale visant à intégrer le développement et ses manifestations déviantes (Achenbach, 1990; Achenbach, 1995).

¹ Il apparaît ici important de spécifier que le terme « psychopathologie » n'a pas la même définition dans l'approche dimensionnelle que dans l'approche catégorielle. Dans cette dernière, il fait référence à des troubles mentaux reconnus. Alors que dans l'approche

La psychopathologie développementale définit les difficultés infantiles selon un continuum et établit des normes par rapport à l'âge et au sexe. Ce qui est « normal » varie d'un groupe d'âge à l'autre et d'un sexe à l'autre.

La construction de l'instrument diagnostique et l'établissement des normes s'effectuent selon un protocole particulier. D'abord, un ensemble de comportements, d'attitudes et de symptômes sont observés et répertoriés chez des échantillons de grande taille d'enfants de la population générale et d'enfants présentant des difficultés. Après diverses analyses statistiques, on établit les items étant les plus discriminatifs entre les groupes et l'on crée des catégories qui seront des sous-échelles. Ensuite, des normes sont créés pour chaque sous-échelle. Les normes permettent d'établir une zone « normale » et une zone « clinique ». La majorité des enfants de la population générale se retrouvent habituellement dans la zone normale et les enfants ayant des difficultés ont plus de risques de se retrouver dans la zone clinique. Des analyses statistiques permettent de déterminer le score coupure entre les zones. Ces normes sont déterminées pour divers groupes d'âges et pour chaque genre (Achenbach, 1990; Achenbach, 1995).

Lors de l'évaluation d'un enfant selon l'approche dimensionnelle, le score de chacune des sous-échelles est comparé aux normes selon son âge et son genre. Un enfant peut avoir plus ou moins de caractéristiques d'une sous-échelle. Plus l'enfant a de caractéristiques, plus il devient à

dimensionnelle, le terme réfère aux difficultés qui empêchent le développement normal de l'enfant sans toutefois correspondre à des catégories diagnostiques de troubles mentaux.

risque de se retrouver au-delà de la norme et d'être considéré déviant sur cette sous-échelle. Un enfant peut être déviant sur plusieurs sous-échelles, sur une seule ou n'être déviant sur aucune sous-échelle.

Les instruments utilisés dans cette approche consistent essentiellement en des questionnaires qui sont complétés par différents informateurs (parents, professeur, jeune lui-même). Cette approche permet, entre autre, d'obtenir la perception de plusieurs informateurs qui voient l'enfant évoluer dans différents contextes. De plus, les difficultés sont plus aisément identifiables pour les enfants ne répondant à aucun critère d'un diagnostic du DSM mais présentant malgré tout des difficultés.

Parmi les problèmes de ce type d'évaluation, notons la difficulté de généraliser les normes à des groupes qui diffèrent des échantillons ayant servi à l'élaboration de celles-ci, le fait qu'il existe plusieurs instruments, chacun ayant ses propres syndromes et problèmes et la difficulté à intégrer l'information des différents informateurs.

En effet, le problème d'accord entre les différents informateurs (mère, père, enseignant et le jeune lui-même) est aussi présent dans l'approche dimensionnelle. Les résultats d'une méta-analyse de Achenbach, McConaughy et Howell (1987) stipulent qu'il est plus facile d'obtenir un accord entre les différents informateurs pour les symptômes extériorisés que pour les symptômes intériorisés. Les travaux de recherche sur l'accord entre les enfants et les parents montrent qu'il est difficile d'obtenir de bons accords entre les parents et les enfants sur la présence ou l'absence de symptomatologie clinique (Edelbrock, Costello,

Dulcan, Callabro-Conover et Kalas, 1986; Gerson et al. 1985; Moretti, Fine, Haley et Marriage, 1985). Selon l'étude de Santé Québec, les parents rapportent plus de troubles intériorisés que les enfants eux-mêmes. Pour les troubles extériorisés, l'accord entre les professeurs, les parents et l'enfant est plus grand. Par contre, les parents rapportent moins de troubles affectifs chez les enfants hyperactifs que le jeune lui-même (Valla et al., 1994).

De plus, les pères ne rapportent pas les mêmes symptômes et en rapportent moins que les mères (Hulbert, Gdowski et Lachar, 1986). Les parents notent davantage de problèmes que les enseignants et évaluent surtout des problèmes extériorisés alors que les enseignants rapportent surtout des difficultés qui perturbent la socialisation et la performance académique (Verhulst et Akkerhuis, 1989). Cependant, selon Verhulst, Koot et van der Ende (1994), même si les enseignants rapportent moins de problèmes que les parents, les difficultés rapportées par les enseignants ont un meilleur pouvoir de prédiction des problèmes ultérieurs que les difficultés rapportées par les parents. Ils ajoutent que la combinaison des deux types d'informateurs augmente le pouvoir de prédiction des problèmes futurs sur une période de suivi de six ans. Plusieurs auteurs rapportent d'ailleurs qu'il est préférable d'utiliser les informations de chaque informateur séparément (Bird, Gould et Staghezza, 1992; McConaughy, Achenbach et Gent, 1988; Offord et al., 1996; Routh, 1990).

Les difficultés chez les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire

Les travaux de recherche sur les enfants de parent souffrant du trouble bipolaire ont adopté les deux approches, catégorielle et dimensionnelle. Les résultats des travaux seront présentés selon chacune de ces approches.

Les difficultés chez les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire selon l'approche catégorielle

Selon les travaux de recherche qui utilisent l'approche catégorielle, les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire présentent plusieurs symptômes de psychopathologie. Il semble ici important de spécifier que parmi les troubles du DSM-IV spécifique à l'enfance et à l'adolescence, plusieurs d'entre eux ne sont pas considérés dans les travaux de recherche sur les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire. Par exemple, tous les troubles liés au retard mental, les troubles d'apprentissage, les troubles moteurs, les troubles de communication, les troubles liés au développement, les troubles alimentaires, les tics, les troubles d'élimination et l'ensemble des autres troubles à l'exception de l'anxiété de séparation ne sont pas évalués. La majorité des auteurs s'intéressent aux troubles d'attention et perturbateurs, ainsi qu'aux troubles de l'anxiété et à certains troubles affectifs. Il est à noter que ses deux dernières catégories font référence, par leur définition, aux troubles d'adulte, ce qui n'exclut en rien la possibilité qu'ils soient présents chez les enfants.

Les travaux de recherche sur les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire ayant utilisé l'approche catégorielle sont rapportés de façon à résumer et synthétiser les résultats pertinents en fonction de chaque type de troubles.

Plusieurs études ont noté que la présence de troubles d'anxiété, tel que définit selon les critères du DSM-III, est plus fréquente chez les enfants de parents bipolaires, âgés entre sept et 17 ans, que chez les enfants de parents sans trouble mental (Cytryn, McKnew, Bartko, Lamour et Hamovitt, 1982; Decina et al., 1983; Grigoriu-Serbanescu et al., 1989; Grigoriu-Serbanescu, Christodorescu, Totoescu et Jipescu, 1991; Radke-Yarrow et al., 1992).

En effet, 19 enfants âgés de cinq à 15 ans de parents ayant un trouble affectif majeur ont été comparé à 21 enfants du même âge de parents sans trouble mental grave. Des entrevues cliniques, avec accord inter-juges, ont été effectuées à l'aide du CARS (Children's Affective Rating Scale; McKnew et al., 1979) et du CPRS (Children's Psychiatric Rating Scale; Guy, 1976). Les résultats ont montré que plus d'enfants de parents ayant un trouble affectif répondaient aux critères du DSM-III d'un trouble d'anxiété que d'enfants du groupe de comparaison (Cytryn et al., 1982).

Par ailleurs, Decina et al. (1983) ont comparé 31 enfants de parents bipolaires avec 18 enfants de parents sans trouble mental grave, tous âgés entre sept et 14 ans. Les enfants ont été soumis à plusieurs tests dont une entrevue clinique. Des diagnostics selon le DSM-III ont ainsi pu être posés. Les résultats indiquent une prévalence plus grande de trouble

d'anxiété chez les enfants de parents bipolaires en comparaison avec le groupe d'enfants de parents sans trouble mental.

Deux groupes de 72 enfants, âgés entre 10 et 17 ans, ont été comparés sur la base d'une évaluation diagnostique effectuée à l'aide de divers instruments dont le K-SADS-E (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children; Puig-Antich et al., 1981). Les résultats démontrent que 12% des enfants de parents souffrant du trouble bipolaire ont un trouble d'anxiété comparativement à 4% des enfants de parents sans trouble mental. Cette différence est significative (Grigoriu-Serbanescu et al., 1989; Grigoriu-Serbanescu et al., 1991).

Par ailleurs, sept enfants de six ans de parents bipolaires ont été comparés à 12 enfants du même âge de parents sans trouble mental. Un diagnostic selon les critères du DSM-III a été posé en fonction de l'information recueillie lors de l'évaluation psychiatrique et par le Achenbach Child Behavior Checklist (Achenbach et Edelbrock, 1981) complétés par la mère de l'enfant. Les résultats indiquent que 43% des enfants de parents bipolaires présentent un diagnostic d'hyperanxiété et 43% présentent un trouble d'angoisse de séparation alors qu'aucun enfant de parents sans trouble mental ne présente l'un ou l'autre de ces troubles (Zahn-Waxler et al., 1988).

Une seule étude s'étant attardé aux troubles d'anxiété rapporte des résultats partiellement contradictoires. Selon les résultats de Radke-Yarrow et al. (1992), les enfants entre 18 mois et trois ans et demi de mère bipolaire n'ont presque pas de trouble d'anxiété tel qu'évalué par le CAS (Child Assessment Schedule; Hodges, 1993). Cependant, les auteurs font

remarquer la présence de trouble d'anxiété plus tard chez ces enfants (entre 8 et 11 ans) ce qui rejoint les autres travaux de recherche.

Les résultats de ces études indiquent que les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire présentent plus de troubles anxieux que les enfants de parents sans trouble mental et ce, malgré quelques faiblesses méthodologiques dont la petitesse des groupes (Zahn-Waxler et al., 1988), la largesse des groupes d'âge (Cytryn et al., 1982; Decina et al., 1983; Grigoriu-Serbanescu et al., 1989; Grigoriu-Serbanescu et al., 1991), l'hétérogénéité des diagnostics parentaux (Cytryn et al., 1982) et la grande variété d'instruments de mesure diagnostique utilisant divers informateurs, soit les enfants (Cytryn et al., 1982; Decina et al., 1983), soit une combinaison des enfants et des parents (Grigoriu-Serbanescu et al., 1989; Grigoriu-Serbanescu et al., 1991; Radke-Yarrow et al., 1992; Zahn-Waxler et al., 1988).

Lorsque 37 adolescents, âgés de 15 à 21 ans, de parents souffrant du trouble bipolaire ont été comparés à 22 adolescents du même âge de parents sans trouble mental, les adolescents de parents bipolaires ont rapporté significativement plus de comportements antisociaux lors de l'entrevue clinique qui consistait essentiellement en l'administration du SADS-L (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; Spitzer et Endicott, 1978) (Klein, Dupue et Slater, 1985).

Dans l'étude de Decina et al. (1983) décrite précédemment, les diagnostics de trouble de l'attention avec hyperactivité ont tous été posés parmi les enfants de parents bipolaire. De même, selon Grigoriu-Serbanescu et al. (1989), 21% des 72 enfants de parents bipolaires

répondent aux critères diagnostiques du DSM-III pour le trouble de l'attention avec hyperactivité comparativement à 7% des 72 enfants de parents sans trouble mental. Les diagnostics de trouble de l'attention ont été posés suite à une entrevue clinique complémentaire au K-SADS-E. Selon cette même étude, 12% des enfants de parents bipolaire ont reçu un diagnostic de trouble de la personnalité selon deux inventaires de personnalité construits par les auteurs de l'étude; alors que seulement 3% des enfants de parents sans trouble mental ont reçu un tel diagnostic.

Selon ces travaux de recherche, les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire ont reçu plus de diagnostics de trouble de l'attention selon les critères du DSM-III que les enfants de parents sans trouble mental (Decina et al., 1983; Grigoriu-Serbanescu et al., 1989) et aussi plus de diagnostics de trouble de la personnalité (Grigoriu-Serbanescu et al., 1989).

En général, les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire, âgés entre cinq et 21 ans, ont obtenu un plus grand nombre de diagnostics de troubles mentaux, selon les critères du DSM-III, que les enfants de parents sans trouble mental (Decina et al., 1983; Gershon et al., 1985; Grigoriu-Serbanescu et al., 1989; Grigoriu-Serbanescu et al., 1991; Hammen et al., 1987; Hammen, Burge, Burney et Adrian, 1990; Klein et al., 1985; Weintraub, 1987; Zahn-Waxler et al., 1988).

Les résultats de Decina et al. (1983) indiquent que 16 des 31 enfants de parents bipolaires ont été évalués comme étant fortement perturbés. De ces 16 enfants, 11 ont reçu un diagnostic de trouble mental selon les critères du DSM-III comparativement à un des 18 enfants de

parents sans trouble mental. Les cinq autres enfants du groupe de parents bipolaires ne répondaient à aucune des entités diagnostiques du DSM-III malgré leur symptomatologie et leur faible niveau de fonctionnement (un score de moins de 55 sur le Global Assessment Scale). Par ailleurs, 12 des 18 familles ayant un parent bipolaire ont au moins un enfant qui a reçu un diagnostic de trouble mental selon le DSM-III.

Par ailleurs, Gershon et al. (1985) ont trouvé que 72,4% des 29 enfants de six à 17 ans ayant un parent bipolaire ont reçu un diagnostic quelconque de trouble mental selon les critères du DSM-III suite à une entrevue clinique et à l'administration du K-SADS. Chez les enfants du même âge de parents sans trouble mental, la proportion ayant reçu un diagnostic de trouble mental est de 51%.

Dans une étude décrite précédemment, on a aussi trouvé des différences entre les deux groupes d'enfants. En effet, 61% des 72 enfants de parents bipolaires ont reçu un diagnostic de trouble mental selon les critères du DSM-III comparativement à 25% des 72 enfants de parents sans trouble mental (Grigoroïu-Serbanescu et al., 1989; Grigoroïu-Serbanescu et al., 1991). Les diagnostics ont pu être posés à l'aide d'une entrevue clinique et du K-SADS.

Un travail de recherche a comparé 12 enfants de parents bipolaires, 19 enfants de mères ayant une dépression unipolaire, 18 enfants de mères ayant un trouble physique majeur et 25 enfants de parents sans trouble mental. Les enfants ont été évalués à l'aide du K-

SADS et leur âge varie de huit à 16 ans. Les résultats démontrent que 92% des enfants de parents bipolaires ont reçu au moins un diagnostic de trouble mental alors que chez les enfants de parents sans trouble mental, cette proportion n'est que de 29% (Hammen et al., 1987). Les auteurs ont fait un suivi de ces enfants à tous les six mois pour une période de trois ans. La taille des groupes a légèrement augmentée avec la fin du recrutement. Les résultats indiquent que 72% des 18 enfants de parents bipolaires ont reçu un diagnostic de trouble mental alors que cette proportion est de 32% chez les enfants de parents sans trouble mental (Hammen et al., 1990).

Pour leur part, Klein, Depue et Slater (1985) ont évalué des adolescents de 15 à 21 ans à l'aide du SADS. Ils ont ensuite posé des diagnostics en fonction des critères RDC sauf pour trois catégories diagnostiques où les critères du DSM-III ont été utilisés, soit la cyclothymie, la dysthymie et les troubles des conduites. Leurs résultats montrent que 43% des 37 adolescents de parent souffrant d'un trouble bipolaire ont reçu un diagnostic quelconque comparativement à 18% des 22 adolescents de parents sans trouble mental.

Dans l'étude de Weintraub (1987), 20% des enfants de parents bipolaires ayant atteint l'âge de 18 ans ont reçu un diagnostic selon les critères du DSM-III à l'aide du SADS. Cette proportion est de 9,6% chez les enfants de parents sans trouble mental.

Ces travaux de recherche sur la prévalence des troubles mentaux chez les enfants de parents bipolaires concluent tous à une proportion plus élevée d'enfants répondant aux critères diagnostiques d'un trouble

mental parmi ce groupe comparativement aux enfants de parents sans trouble mental, que l'informateur soit l'enfant (Decina et al., 1983; Klein et al., 1985; Weintraub, 1987) ou une combinaison de l'enfant et du parent (Gershon et al., 1985; Grigoriou-Serbanescu et al., 1989; Grigoriou-Serbanescu et al., 1991; Hammen et al., 1987; Hammen et al., 1990). Par ailleurs, les limites méthodologiques ne peuvent à elles seules annuler ces résultats.

Sur le CAS, sept enfants âgés de cinq et six ans, de parents souffrant du trouble bipolaire, rapportent moins de problèmes d'image de soi que les 12 enfants de parents sans trouble mental. Par contre, ils ont des scores plus élevés sur les dimensions d'intériorisation, de peurs, de dépression et d'inquiétudes que les enfants de parents sans trouble mental (Zahn-Waxler et al., 1988).

Carlson et Weintraub (1993) ont effectué l'une des plus grande étude de suivi prospectif d'enfants de parents souffrant du trouble bipolaire. Ils ont suivi 134 enfants de parents souffrant du trouble bipolaire et 108 enfants de parents sans trouble mental, tous âgés de sept à 15 ans, jusqu'à l'âge adulte. Ils ont évalué divers troubles infantiles à l'aide d'instruments dimensionnels variés. À l'âge adulte, ils ont évalué la psychopathologie à l'aide du SADS et du SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III, Spitzer et Williams, 1984) et l'ajustement social à l'aide d'une échelle de compétence sociale et occupationnelle. Ils ont remarqué que les enfants de parents bipolaires qui manifestaient des troubles de comportement et des troubles de l'attention à l'enfance présentaient plus de psychopathologie en général à l'âge adulte. De plus, ils ont trouvé que les enfants de parents bipolaires avaient plus de

troubles liés à la consommation d'alcool et de problèmes d'ajustement social en tant qu'adulte que les enfants de parents sans trouble mental. La présence de trouble affectif à l'âge adulte était aussi plus fréquente chez les enfants de parents bipolaires que chez les enfants de parents sans trouble mental.

D'autres études ont aussi remarqué une prévalence plus élevée de troubles du spectre affectif chez les enfants de parents bipolaires comparativement aux enfants de parents sans trouble mental. Des travaux de recherche ont établi des diagnostics de dépression majeure (Cytryn et al., 1982; Decina et al., 1983; Hammen et al., 1987; Laroche et al., 1985; Laroche et al., 1987; Waters et Marchenko-Bouer, 1980; Zahn-Waxler et al., 1988) et de dysthymie (Cytryn et al., 1982; Klein et al., 1985; Zahn-Waxler et al., 1988); alors que d'autres, ont évalué la présence de symptômes dépressifs (Grigoriou-Serbanescu et al., 1991; Weintraub, 1987) dont les comportements et les idées suicidaires (Waters et Marchenko-Bouer, 1980).

Dans l'étude de Cytryn et al. (1982), neuf des 13 familles ayant un parent bipolaire avaient au moins un enfant, âgé entre 5 et 15 ans, avec un diagnostic de trouble affectif selon les critères du DSM-III. Pour trois de ces familles, au moins un enfant a reçu un diagnostic de dépression majeure, pour les autres, le diagnostic posé était la dysthymie. Chez les 13 familles dont les parents n'ont pas de trouble mental, trois d'entre elles avaient au moins un enfant qui souffrait d'un trouble affectif. Sur les trois familles, une avait un enfant souffrant de dépression majeure et deux avaient un enfant souffrant de dysthymie.

Dans le travail de recherche de Decina et al. (1983) décrit précédemment, des 11 enfants de parent souffrant du trouble bipolaire ayant reçu un diagnostic selon les critères du DSM-III suite à une entrevue clinique, huit ont reçu celui de trouble affectif majeur alors qu'aucun enfant de parent sans trouble mental n'a reçu un tel diagnostic.

Les résultats de Hammen et al. (1987) sont aussi révélateurs même si les groupes sont relativement petits. En effet, huit des 12 enfants (67%) de mères bipolaires ont reçu un diagnostic, à l'aide du K-SADS, de trouble affectif, dont trois ont reçu un diagnostic de dépression majeure, cinq de dépression mineure et un de dysthymie. Dans le groupe d'enfants de parents sans trouble mental, six des 35 enfants (17%) ont reçu un diagnostic de trouble affectif. Par ailleurs, quatre enfants du groupe de mères bipolaires présentaient une symptomatologie hypomaniaque sous-clinique.

Une autre étude ayant de petits groupes de sujets arrivent aux mêmes conclusions. Quarante-trois pour-cent des sept enfants de parents bipolaires répondent aux critères diagnostiques du DSM-III de la dépression majeure comparativement à aucun enfant de parents sans trouble mental (Zahn-Waxler et al., 1988). Les diagnostics du DSM-III étant basés sur l'information obtenue à l'aide du CAS et du CBCL complété par la mère.

Un travail de recherche s'est penché sur la psychopathologie de 52 enfants de parents bipolaires mais sans les comparer à un groupe d'enfants de parents sans trouble mental. L'âge moyen est de 27 ans. Ils ont été évalués avec le SADS-L et selon les critères RDC. Les résultats

indiquent que 14,6% souffrent d'un trouble bipolaire, 4,2% d'hypomanie, 10,4% de dépression majeure, 4,2% se sont suicidés et 8,3% souffrent de dépression mineure (Waters et Marchenko-Bouer, 1980).

Une autre étude, sans groupe de comparaison, nous indique que sept des 39 enfants, âgés entre cinq et 18 ans, répondent aux critères diagnostiques du DSM-III de la dysthymie. L'évaluation a été effectuée à l'aide du CPRS, du CARS et du ACBP (LaRoche et al., 1985; LaRoche et al., 1987).

Dans l'étude de Klein et al. (1985) décrite précédemment, 14 des 37 adolescents de parents bipolaires ont reçu un diagnostic de trouble affectif (hypomanie, dépression majeure, cyclothymie et dysthymie) comparativement à un seul des 22 adolescents de parents sans trouble mental (dépression majeure). Par ailleurs, significativement plus d'enfants du groupe de parents bipolaires ont manifesté des symptômes d'hypomanie, d'humeur dépressive et des symptômes associés à la dépression.

Un groupe de 134 enfants de parents souffrant du trouble bipolaire ont été comparés à 176 enfants de parents sans trouble mental. À l'âge de 18 ans, ils ont été évalués avec le SADS et le SCID. Les résultats indiquent que 47,6% des enfants du groupe de parents bipolaires ont reçu un diagnostic de trouble affectif selon le DSM-III alors que 25% du groupe d'enfants de parents sans trouble mental ont reçu un tel diagnostic (Weintraub, 1987).

Selon l'étude de Grigoriu-Serbanescu et al. (1991), 8% des 60 enfants de parents bipolaires ont reçu un diagnostic de trouble affectif selon l'évaluation effectuée avec le K-SADS. Aucun des 60 enfants du groupe de parents sans trouble mental n'a reçu un tel diagnostic.

Klein et Depue (1985) ont évalué 41 enfants de parents bipolaires dont 11 répondaient aux critères diagnostiques de la cyclothymie selon le DSM-III. Les enfants qui répondaient au diagnostic de la cyclothymie avaient plus de symptômes obsessionnels, d'hypomanie, de dépression et ils avaient plus d'idées suicidaires que les autres enfants de parents bipolaires ne répondant pas au diagnostic de la cyclothymie. De plus, leur ajustement social était inférieur aux enfants non-cyclothymiques et aux enfants de parents sans trouble mental (Klein, Depue et Krauss, 1986).

Une seule étude rapporte des cas d'enfants souffrant de trouble bipolaire franc. Selon Todd et al. (1996), sur un échantillon de 50 enfants âgés de six à 17 ans dont l'un des parents présentait un trouble bipolaire, la présence de trouble bipolaire a été identifiée chez six d'entre eux. Par ailleurs, la présence de symptômes d'hypomanie chez les enfants de parents bipolaires est rapportée dans plusieurs études (Hammen et al., 1987; Kashani, Burk, Horwitz et Reid, 1985; Klein et al., 1985; Nurnberger et al., 1988; Waters et Marchenko-Bouer, 1980); ainsi que la présence de cyclothymie (Kashani et al., 1985; Klein et al., 1985).

La présence de troubles affectifs chez les enfants de parents bipolaires se démontrent dans l'ensemble des travaux de recherche sur le sujet. Encore une fois, les limites méthodologiques ne suffisent pas à éliminer les différences entre le groupe d'enfants de parents bipolaires et

le groupe d'enfants de parents sans trouble mental. De même, malgré la diversité des instruments diagnostiques utilisés, les résultats convergent vers une prévalence plus élevée de troubles affectifs chez les enfants de parents bipolaires.

En résumé, les travaux de recherche sur les difficultés chez les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire selon l'approche catégorielle présentent des limites méthodologiques qu'il est important de considérer et qui seront vues en détail plus loin. Par ailleurs, leurs résultats démontrent que ces enfants ont reçu plus de diagnostics de troubles mentaux que les enfants de parents sans trouble mental. Parmi les troubles les plus fréquemment diagnostiqués, notons les troubles d'anxiété, le trouble d'attention, les troubles de la personnalité, les troubles affectifs en général et les comportements antisociaux.

Les difficultés chez les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire selon l'approche dimensionnelle

Selon l'approche dimensionnelle, les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire présentent fréquemment des scores élevés sur un ensemble de syndromes. Ces résultats indiquent qu'ils ont plus de difficultés que les enfants de parents sans trouble mental.

Un échantillon de sept garçons, âgés de cinq et six ans, de parents souffrant du trouble bipolaire ont été comparés à 12 garçons du même âge de parents sans trouble mental. Selon la cotation de la mère sur le CBCL, les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire ont reçu des scores significativement plus élevés sur les échelles d'intériorisation et

d'extériorisation. Des scores élevés sur les sous-échelles de retrait et de comportements obsessifs-compulsifs ont contribué davantage à ces résultats pour l'échelle d'intériorisation alors que des scores élevés sur les sous-échelles d'hyperactivité, de comportements agressifs et de comportements délinquants ont contribué à expliquer les résultats pour l'échelle d'extériorisation (Zahn-Waxler et al., 1988). Par ailleurs, la moyenne des scores obtenus par neuf enfants de six à 11 ans de parents souffrant d'un trouble bipolaire était de deux écarts-types au-dessus de la moyenne sur l'échelle de délinquance du CBCL (Kashani et al., 1985).

Lorsque neuf des 39 enfants de parents souffrant du trouble bipolaire, âgés entre cinq et 18 ans, ont reçu un diagnostic du DSM-III à la suite d'une entrevue clinique, il a été noté que leurs scores sur les échelles « score total des compétences » et « score total des problèmes » du CBCL étaient significativement plus déviants que les scores des enfants de parents souffrant du trouble bipolaire n'ayant reçu aucun diagnostic du DSM-III (LaRoche et al., 1985).

Selon Radke-Yarrow et al. (1992), qui ont évalué un des plus gros échantillon d'enfants de parents bipolaires, unipolaires et sans trouble mental, les 126 enfants de parents souffrant de trouble affectif ont obtenu des scores cliniques beaucoup plus fréquemment que les 74 enfants de parents sans trouble mental sur le CBCL. Une plus grande proportion d'enfants de parents souffrant du trouble bipolaire, âgés de 5 à 11 ans, ont été évalués comme ayant des problèmes de comportements dérangeants et de dépression comparativement aux enfants de parents sans trouble mental. En effet, 50 enfants de parents bipolaires ont été considérés comme ayant un comportement dérangeant comparativement

à huit enfants de parents sans trouble mental. De plus, 34 enfants du groupe de parents bipolaires ont été évalués déprimés alors que ce nombre n'est que de six chez le groupe d'enfants de parents sans trouble mental.

Un total de 126 enfants de parents souffrant du trouble bipolaire et unipolaire ont été comparés avec le Connors. Les résultats indiquent que lorsque comparé à des enfants de parents unipolaires, les enfants de parents bipolaires, âgés entre un an et 18 ans, ont obtenu des scores plus déviants sur les échelles de troubles des conduites, d'anxiété, d'impulsivité-hyperactivité et d'hyperkinésie (Connors et al., 1979). Malheureusement aucune information n'est donnée quant aux nombres d'enfants par groupe et aux proportions d'enfants ayant eu des scores déviants.

Selon le travail de recherche de Grigoriu-Serbanescu et al. (1991) décrit précédemment, les enfants de parents bipolaires ont une plus grande instabilité émotionnelle, une moins grande tolérance à la frustration et ils sont moins consciencieux au travail selon les informations recueillies par les inventaires de personnalité construits par les auteurs de l'étude.

Une comparaison d'un groupe de 59 enfants de parents souffrant du trouble bipolaire, âgés entre 15 et 25 ans, a été comparé à un groupe de 39 enfants du même âge sans trouble mental sur la base du SSS (Sensation Seeking Scale; Zuckerman, 1971). Leurs résultats indiquent que les enfants de parents bipolaires sont plus désinhibés et recherchent

davantage les expériences à sensation forte que les enfants de parents sans trouble mental (Nurnberger et al., 1988).

Tout comme les travaux de recherche selon l'approche catégorielle, les études selon l'approche dimensionnelle comportent, elles aussi, des limites méthodologiques. Voici les principales critiques pouvant être faites des travaux de recherche sur les difficultés des enfants de parent bipolaire. Certaines études omettent de spécifier l'instrument qui sert au diagnostic des parents. Plusieurs vont utiliser une entrevue clinique non-structurée plutôt que d'utiliser un instrument structuré ou semi-structuré. Même s'ils utilisent des critères diagnostiques comme le DSM-III ou le Research Diagnostic Criteria (RDC), ceci vient diminuer l'exactitude du diagnostic et affaiblir les conclusions qui peuvent être tirées de ses travaux de recherche (Conners et al. 1979; Gaensbauer et al., 1984; Grigoriou-Serbanescu et al., 1991; Kashani et al., 1985; LaRoche et al., 1985; LaRoche et al., 1987).

La composition du groupe de parents atteints du trouble bipolaire varie beaucoup. Certaines études combinent trouble bipolaire type I et type II (Decina et al., 1983; Hammen et al., 1987), d'autres ont des sujets provenant de l'interne (Carlson et Weintraub, 1993; Cytryn et al., 1982; Gershon et al., 1985; Grigoriou-Serbanescu et al., 1991; Kashani et al., 1985; Klein et Depue, 1985; Klein et al., 1985; Weintraub, 1987; Winters et al., 1981), d'autres de l'externe (Conners et al., 1979; Zahn-Waxler et al., 1984; Decina et al., 1983; Gershon et al., 1985; Hammen et al., 1987; LaRoche et al., 1985; LaRoche et al., 1987; Nurnberger et al., 1988; Radke-Yarrow et al., 1992; Waters et Marchenko-Bouer, 1980; Zahn-Waxler et al., 1988; Klein et al., 1986), d'autres de l'externe et de l'interne

(Hammen et al. 1990) et l'étude de Gaensbauer et al. (1984) qui ne spécifie pas d'où proviennent les parents.

Un autre problème entourant les diagnostics est que même lorsqu'ils sont posés avec des instruments fiables, les auteurs ne mentionnent pas s'il s'agit d'un diagnostic actuel ou à vie (Decina et al., 1983; Klein et al., 1985). La comparaison entre ces travaux devient difficile, car la présence actuelle d'une phase active de la maladie peut avoir un impact différent d'une phase stable de la maladie.

Il existe beaucoup de variabilité entre les études sur la répartition par sexe chez le parent bipolaire. Certaines études ne mentionnent aucunement la proportion de sujets féminins et masculins (Cytryn et al., 1982; Gershon et al., 1985; Nurnberger et al., 1988; Winters et al., 1981). Cette répartition peut être importante puisque certains prétendent que le sexe du parent bipolaire a un impact sur l'enfant (Cytryn et al., 1982; Klein et al., 1985). D'autres, par contre, ne démontrent aucun lien entre le sexe du parent et la présence d'un risque accru chez l'enfant (Grigoriou-Serbanescu et al., 1991; LaRoche et al., 1985; LaRoche et al., 1987; Waters et Marchenko-Bouer, 1980).

Waters et Marchenko-Bouer (1980) ont montré qu'il y a plus de troubles mentaux chez les enfants dont les deux parents souffrent d'un trouble affectif. Cependant, le conjoint du parent bipolaire est rarement évalué ou cette information est mal rapportée (Carlson et Weintraub, 1993; Connors et al., 1979; Decina et al., 1983; Hammen et al., 1990; Gaensbauer et al., 1984; Kashani et al., 1985; Klein et Depue, 1985; Klein et al., 1985; Klein et al., 1986; LaRoche et al., 1985; LaRoche et al., 1987;

Nurnberger et al., 1988; Weintraub, 1987; Winters et al., 1981). Par ailleurs, la majorité des études ne font aucune recherche ou analyse sur la présence ou l'absence de comorbidité chez le parent bipolaire. Le statut social et marital sont aussi rarement mentionnés. Selon Kuyler et al. (1980), les enfants de parents bipolaires séparés ont plus de troubles mentaux. Enfin, les auteurs ne mentionnent pas toujours le taux d'attrition (Cytryn et al., 1982; Nurnberger et al., 1988; Radke-Yarrow et al., 1992) ou il s'agit d'une mention partielle (Carlson et Weintraub, 1993; Hammen et al., 1990; Weintraub, 1987):

Le groupe contrôle utilisé dans ces recherches est souvent très hétérogène d'une étude à l'autre. Pour certains, l'absence de psychopathologie signifie l'absence complète de troubles mentaux (Carlson et Weintraub, 1993; Gaensbauer et al., 1984; Gershon et al., 1985; Grigoriu-Serbanescu et al., 1991; Klein et al., 1986; Radke-Yarrow et al., 1992; Weintraub, 1987; Winters et al., 1981; Zahn-Waxler et al., 1988; Zahn-Waxler et al., 1984). Pour d'autres, elle signifie l'absence de troubles mentaux graves (Cytryn et al., 1982; Decina et al., 1983; Grigoriu-Serbanescu et al., 1989; Hammen et al., 1987; Hammen et al., 1990; Nurnberger et al., 1988). D'autres études n'ont pas de groupe contrôle sans trouble mental (Connors et al., 1979; Kashani et al., 1985; Klein et al., 1985); d'autres encore, n'ont pas de groupe contrôle (Klein et Depue, 1985; Kuyler et al., 1980; LaRoche et al., 1985; LaRoche et al., 1987; Waters et Marchenko-Bouer, 1980). Enfin, certaines études utilisent un groupe contrôle composé de personnes qui ont un trouble physique (Hammen et al., 1987; Hammen et al., 1990) ou un autre type de trouble affectif (Connors et al., 1979; Hammen et al., 1987; Hammen et al., 1990;

Kashani et al., 1985; Weintraub, 1987; Winters et al., 1981) ou des troubles mentaux divers sans trouble affectif (Klein et al., 1985).

En ce qui concerne les caractéristiques des enfants, toutes les études rapportent les répartitions par sexe et par âge, à l'exception de Radke-Yarrow et al. (1994) qui ne rapporte pas le sexe des enfants et de Carlson et Weintraub (1993) pour qui le sexe des enfants du groupe contraste est absent. Par contre, trois difficultés apparaissent dans les travaux de recherche. D'abord, le groupe d'âge varie considérablement entre les études et à l'intérieur d'une même étude; il n'est pas rare de voir que le groupe d'enfants se compose d'enfants et d'adolescents. Ensuite, les résultats sont rarement rapportés par sexe, alors que l'enquête de Santé Québec révèle des différences entre les enfants de sexe féminin et de sexe masculin par rapport à la prévalence de certains troubles mentaux.

Enfin, la grande variété de troubles étudiés et d'instruments utilisés. Cet aspect à lui seul peut grandement influencer les résultats mais surtout la générabilité de ceux-ci. Le type d'instrument et l'informateur requis pour chaque instrument constituent des éléments clés du diagnostics. Par exemple, le K-SADS permet d'évaluer plusieurs troubles psychiatriques selon les critères du DSM-III chez les enfants de six à 17 ans. Il s'agit d'une entrevue semi-structurée qui doit être administrée par un clinicien formé et connaissant les critères diagnostiques des troubles. Le K-SADS est prévu pour être administré au parent et à l'enfant. Le CAS qui sert aussi à l'évaluation des troubles psychiatriques chez les enfants et qui utilisent le parent et l'enfant comme informateur peut être administré par des non-cliniciens. Le DICA (Herjanic et Reich, 1982) est une entrevue

structurée qui évalue 18 troubles psychiatriques selon le DSM-III chez les enfants de six à 18 ans. Les informateurs peuvent être le parent ou l'enfant. Pour sa part, le Dominique utilise les informations provenant de l'enfant et évalue, de façon structurée que sept troubles psychiatriques. Ces différences entre les instruments apporte des différences quant aux diagnostics qui sont posés.

Malgré ces limites, les résultats des études sont intéressants mais s'appliquent uniquement aux enfants de parents souffrant de trouble bipolaire. Il apparaît important de regarder les difficultés que présentent les enfants de la population générale pour mieux comprendre et mettre en relief les similitudes et les différences.

Les difficultés infantiles des échantillons d'enfants de la population générale

Tout comme les travaux sur les enfants de parents souffrant du trouble bipolaire, les études sur les échantillons de la population générale ont aussi utilisé les deux approches, catégorielle et dimensionnelle. Les résultats sont présentés selon chaque approche. Dans le but de cibler les études les plus pertinentes pour ce travail de recherche, seules les études ayant utilisé le Dominique (approche catégorielle) et le CBCL (approche dimensionnelle) seront rapportées.

Les difficultés chez les enfants de la population générale selon l'approche catégorielle

Des études épidémiologiques sur la prévalence des troubles mentaux chez les enfants de la population générale ont été effectuées selon l'approche catégorielle. Par contre, le Dominique étant un nouvel instrument, il n'a presque pas été utilisé comme instrument diagnostique dans les études de la population générale. Seule l'étude de Santé Québec donne des taux de prévalence des troubles mentaux évalués par le Dominique chez une population représentative d'enfants québécois (Valla et al., 1994).

Ils ont trouvé des taux de prévalence moyen chez les garçons de six à 11 ans de 1,3% pour la phobie simple, de 6,3% pour l'hyperactivité, de 6,9% pour le trouble d'opposition, de 3,1% pour l'hyperanxiété, de 3,3% pour l'angoisse de séparation, de 4,1% pour la dépression majeure et de 2,4% pour le trouble des conduites. Chez les filles du même âge, les taux de prévalence sont de 3,3% pour la phobie simple, de 1,7% pour l'hyperactivité, de 2,4% pour le trouble d'opposition, de 4,7% pour l'hyperanxiété, de 3,5% pour l'angoisse de séparation, de 2,7% pour la dépression majeure et de 1,4% pour le trouble des conduites. Ces taux sont basés sur les critères du DSM-III-R et de l'évaluation de l'enfant faite à l'aide du Dominique (Valla et al., 1994).

Les résultats de cette étude montrent que le taux de troubles affectifs est très bas comparativement aux taux trouvés dans les études sur les enfants de parents bipolaires. Cette constatation semble aussi pertinente pour l'ensemble des autres troubles. La proportion d'enfants

qui répondent aux critères d'un trouble selon le DSM est supérieure dans les travaux de recherche sur les enfants de parents souffrant d'un trouble bipolaire en comparaison avec cette étude épidémiologique. Il est aussi intéressant de noter que les taux de prévalence obtenus par l'évaluation du parent, dans l'étude de Valla et al. (1994), sont plus bas sur l'ensemble des troubles à l'exception de l'hyperactivité et de la phobie simple.

Une seconde étude, effectuée aux États-Unis avec le Terry (l'équivalent afro-américain du Dominique) nous donne aussi des taux de prévalence chez 36 garçons de cinq à 13 ans. Un total de 52,8% des enfants ont reçu au moins un diagnostic selon le Terry. La prévalence par trouble est la suivante: 5,5% pour la phobie simple, 27,8% pour l'hyperactivité, 27,8% pour le trouble d'opposition, 19,4% pour l'hyperanxiété, 25,0% pour l'angoisse de séparation, 25,0% pour la dépression majeure et 30,5% pour le trouble des conduites. Ces taux sont très élevés et peuvent s'expliquer par l'absence d'évaluation psychiatrique de la mère et du statut socio-économique. De plus, la sélection de l'échantillon n'a pas été faite dans un objectif de représentativité de la population générale et il s'agit d'une minorité ethnique qui présente un taux plus élevé de troubles mentaux en raison de facteurs socioéconomiques et familiaux (Bidaut-Russell, Valla, Thomas, Bergeron et Lawson, 1998).

Enfin, lorsque nous observons les taux de prévalence de ces mêmes troubles selon le DSM-IV, entre 3% et 5% pour le trouble d'attention avec hyperactivité, entre 6% et 16% pour le trouble des conduites chez les garçons, entre 2% et 9% pour le trouble des conduites chez les filles, entre 2% et 16% pour le trouble oppositionnel et à 4% pour

l'anxiété de séparation, il semble évident que les enfants de parents bipolaires obtiennent des taux plus élevés que les enfants de la population générale.

Les difficultés chez les enfants de la population générale selon l'approche dimensionnelle

Des études ont été effectuées à travers le monde avec le CBCL. L'objectif de ces études était essentiellement de comparer les scores obtenus par les enfants de la population générale du pays en question aux normes américaines ou à un échantillon américain. Malheureusement, la très grande majorité de ces travaux de recherche ne donnent pas le pourcentage d'enfants ayant des scores dans la zone clinique. De plus, ces travaux ne donnent que les scores moyens aux échelles « Intériorisation », « Extériorisation » et « Score total ». L'analyse de ces études révèle quelques différences quant à la prévalence des difficultés. Ces différences peuvent s'expliquer par divers facteurs culturels qui ne seront pas abordés ici. Cependant, comme le mentionnait Bird (1996), les comparaisons entre les cultures mettent en évidence que les caractéristiques des difficultés infantiles sont très semblables même si les taux de prévalence de ces difficultés varient. Cela signifie que les difficultés infantiles se définissent souvent de la même manière d'une culture à l'autre et que la symptomatologie est très similaire. Par ailleurs, on peut remarquer que les garçons obtiennent des scores plus élevés que les filles et qu'ils présentent plus de symptomatologie extériorisée. Pour simplifier la description de ces études, un tableau a été fait. Toutes les études ont utilisé le CBCL, version parent et l'ont administré auprès d'un échantillon représentatif de la population générale.

Les normes américaines du CBCL, version parent donnent des scores moyens pour les garçons de quatre à 11 ans de 24.2 pour l'échelle « Score total », de 5.5 pour l'échelle « Intériorisation » et de 9.8 pour l'échelle « Extériorisation ». Pour les filles du même âge, les scores moyens sont de 23.1 pour l'échelle « Score total », de 6.3 pour l'échelle « Intériorisation » et de 8.2 pour l'échelle « Extériorisation » (Achenbach, 1991a).

Tableau 1
Études sur les enfants de la population générale ayant utilisé le CBCL

Étude	Pays	Sujets	Score total moyen	Intér. score moyen	Extér. score moyen
Achenbach, Verhulst, Baron et Akkerhuis (1987)	Hollande	2033 (4 à 16 ans)	20,5	nd	nd
Bond, Nolan, Adler et Robertson (1994)	Australie (Melbourne)	1009 (7 à 15 ans) 636 g 373 f	20,6 g 19,7 f	6,1 g 7,1 f	7,2 g 6,2 f
Carter, Grigorenko et Pauls (1994)	Russie	105 (9 et 10 ans)	36,5	10,2	12
Fombonne (1992)	France	1653 (6 à 11 ans) 839 g 814 f	31,6 g 28,5 f	12,6 g 11,0 f	15,1 g 14,6 f
Garton, Zubrick et Silburn (1995)	Australie	321 (4 à 16 ans) 163 g 158 f	22,0 g 17,8 f	nd	nd
Hannesdottir et Einarsdottir (1995)	Islande	942 (4 à 16 ans) 476 g 466 f	19,1 g 15,8 f	nd	nd
Hellinckx, Grietens et Verhulst (1994)	Hollande et Belgique	1122 (6 à 12 ans) 1120 (6 à 12 ans)	21,6 21,1	5,3 5,7	7,8 7,5
Hensley (1988)	Australie	600 (6 à 11 ans)			
Achenbach, Hensley, Phares et Grayson (1989)	(Sydney)	300 g 300 f	32,8 g 31,0 f	13,5 g 11,7 f	15,2 g 16,4 f
Lambert, Knight, Taylor et Achenbach (1996)	Jamaïque	359 (6 à 11 ans)	27,2	7,0	7,8

Tableau 1 (suite)
Études sur les enfants de la population générale ayant utilisé le CBCL

Étude	Pays	Sujets	Score total moyen	Intér. score moyen	Extér. score moyen
MacDonald, Tsiantis, Achenbach, Motti-Stefanidi et Richardson (1995)	Grèce	356 (6 à 11 ans) 263 g 203 f	35,4 (g+f)	nd	nd
Steinhausen, Winkler Metzke, Meier et Kannenberg (1997)	Suisse	1060 (6 à 11 ans) 557 g 506 f	21,1 g 17,9 f	5,5 g 5,7 f	8,1 g 5,8 f
Weine, Phillips et Achenbach (1995)	Chine	364 (6 à 13 ans)			
	urbain	184 g 180 f	29,7 g 25,4 f	7,2 g 7,3 f	10,3 g 7,3 f
	rural	105 (6 à 13 ans) 59 g 46 f	33,4 g 28,5 f	6,1 g 9,6 f	14,2 g 8,6 f
Weisz et al. (1987)	Thaïlande	360 (6 à 11 ans) 180 g 180 f	24,2 (g+f)	nd	nd
Weisz, Weiss et Mosk (1993)	Kénya et Thaïlande	186 (11 à 15 ans) 90 (Kénya) 96 (Thaï)	26,6 K 19,7 T	nd	nd

g: garçon; f: fille; nd: données non-disponibles

À ces travaux de recherche, il est possible d'en ajouter un autre. L'étude a été effectuée à Porto-Rico. Les auteurs ne donnent pas les scores aux échelles du CBCL mais plutôt le pourcentage de déviance. Chez les 777 enfants âgés de cinq à 16 ans, près de 41% ont reçu un score clinique sur l'une des échelles du CBCL-Parent ou du CBCL-Enseignant (Bird et al., 1988; Bird et al., 1991).

Une étude américaine donne aussi les taux de déviance. Un total de 2705 enfants d'un échantillon de la population générale, âgés de quatre à 16 ans, ont été évalués avec le CBCL. Les taux de déviance sur

les diverses échelles du CBCL varie entre 5,6% et 7,7% (McConaughy et Achenbach, 1994).

La comparaison avec les études sur les enfants de parents bipolaires est difficile car ces dernières ne rapportent pas les scores moyens obtenus aux diverses échelles du CBCL, ni le pourcentage de l'échantillon ayant des scores dans la zone clinique.

Par ailleurs, certains auteurs se sont intéressés à la stabilité dans le temps d'un score déviant sur les échelles du CBCL. Verhulst, Koot et van der Ende (1994) qui ont étudié 946 enfants de la population générale âgés de quatre et 11 ans, ont rapporté qu'un score dans la zone clinique sur plusieurs des échelles de problèmes du CBCL sont des prédicteurs de divers problèmes (recours à des ressources d'aide en santé mentale, difficultés académiques, troubles de comportement à l'école, contacts avec la police, comportements suicidaires) lors du suivi de 6 ans.

Des résultats similaires ont été trouvés lors d'un suivi de trois ans d'un échantillon représentatif d'enfants âgés de quatre à 16 ans. En effet, un score déviant sur une échelle du CBCL, selon la cotation d'un parent prédit le score sur cette même échelle selon le parent trois ans plus tard (Stanger, McConaughy et Achenbach, 1992).

Comorbidité

Selon Caron et Rutter (1991), il y a deux raisons majeures pour toujours tenir compte de la comorbidité même si elle est très difficile à évaluer. La première veut que les résultats au sujet d'un trouble X peuvent

être dus au trouble Y, il faut donc tenir compte du trouble Y pour comprendre le trouble X. La deuxième raison veut que si l'on ignore la comorbidité, l'on prend pour acquis que le trouble X signifie la même chose en présence ou en l'absence du trouble Y, ce qui est loin d'être démontré.

Par ailleurs, la comorbidité est très difficile à évaluer, principalement à cause du biais de Berkson (1946) qui s'explique par le fait que les patients cliniques présentent plus de comorbidité que la population générale, créant ainsi un biais dans l'évaluation de la comorbidité dans les populations cliniques, par opposition aux populations générales. Ce biais est habituellement lié à la variation du taux de base de certaines catégories diagnostiques dans divers milieux cliniques.

De plus, la majorité des études mesurent la comorbidité unidirectionnelle alors qu'il est préférable de mesurer la comorbidité bidirectionnelle. La comorbidité unidirectionnelle se mesure en prenant tous les cas ayant le trouble X et en calculant tous ces cas ayant aussi le trouble Y. Cependant, cette méthode ne tient pas compte des taux de base de chaque trouble et le résultat obtenu risque de différer si l'on fait l'inverse et que l'on débute par le trouble Y. La comorbidité bidirectionnelle tient compte des taux de base et donne un résultat qui correspond à la proportion d'individu qui présente les deux troubles, que ce soit le trouble X avec le trouble Y ou l'inverse (McConaughy et Achenbach, 1994).

Par ailleurs, le concept de comorbidité est aisément sujet à être mal interprété et soulève de nombreuses questions. La comorbidité peut

souvent être artificielle, c'est à dire qu'il peut exister plusieurs autres explications au fait de trouver deux troubles chez un même individu. Est-ce que deux troubles souvent liés ne sont pas le sous-produit d'un même trouble? Est-ce que le trouble X est une manifestation pré-morbide du trouble Y? Est-ce que le trouble X est une manifestation secondaire du trouble Y? Est-ce que la présence simultanée du trouble X et du trouble Y est la manifestation du trouble Z et devient donc une entité diagnostique très différente que chaque trouble (X et Y) pris séparément? Pour sa part, la vraie comorbidité fait référence à deux entités cliniques distinctes qui se présentent simultanément chez un même individu. Plusieurs explications sont alors possibles. Est-ce qu'il y a un lien entre les facteurs de risque du trouble X et du trouble Y? Est-ce que la présence du trouble X crée un facteur de risque pour l'apparition du trouble Y? Est-ce que la présence du trouble Y est réelle ou survient-elle par le partage très grand de critères entre le trouble X et le trouble Y? Les réponses à ces questions vont manifestement aider la compréhension que nous avons de la psychopathologie. Pour le moment nous devons nous contenter des travaux qui ont été effectués jusqu'à maintenant.

La comorbidité selon l'approche dimensionnelle

Certaines études se sont intéressées à la comorbidité des enfants de parents souffrant du trouble bipolaire selon l'approche dimensionnelle. La notion de comorbidité chez les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire est malgré tout peu étudiée même si les résultats démontrent que ce phénomène fait partie d'une réalité clinique (Carlson et Weintraub, 1993; Hammen et al., 1987; Kashani et al., 1985). Selon Zahn-Waxler et al. (1988), 86% des enfants de parents bipolaires présentent au moins deux

problèmes d'ordre clinique comparativement à 8% chez les enfants de parents sans trouble mental. Pour leur part, Radke-Yarrow et al. (1992) stipulent que la présence de problèmes multiples croît à partir de cinq ans chez le groupe d'enfants de parents bipolaires.

Selon Kashani et al. (1985), les troubles souvent associés sont le trouble oppositionnel, la dépression et l'hyperanxiété. Les travaux de recherche qui se sont penchés spécifiquement sur la comorbidité des enfants présentant des troubles affectifs indiquent que le trouble des conduites est associé, dans 69% des cas, au trouble bipolaire et dans 61% des cas, il le précède (Kovacs et Pollock, 1995). Par ailleurs, la présence de symptômes de manie chez des adolescents est associée à la présence de symptômes de dépression, d'anxiété, de trouble oppositionnel, de trouble des conduites et de trouble de l'attention; avec une tendance à ce que les filles aient plus de symptômes intériorisés et les garçons de symptômes extériorisés (Carlson et Kashani, 1988).

Les résultats de l'enquête de Santé Québec sur la comorbidité unidirectionnelle indiquent que les jeunes souffrant de troubles d'anxiété présentent peu de comorbidité. Cependant, les jeunes présentant des troubles affectifs sont souvent anxieux et présentent fréquemment de l'hyperactivité et des troubles des conduites. Les auteurs remarquent une association élevée entre les troubles affectifs (intériorisés) et les troubles extériorisés (Valla et al., 1994). Ces résultats vont dans le même sens que les travaux de recherche effectués spécifiquement avec les enfants de parents bipolaires et démontrent qu'il est important de tenir compte de la comorbidité chez ces enfants.

Une large étude sur la comorbidité bidirectionnelle de deux échantillons représentatifs d'enfants américains (un échantillon clinique et un échantillon de la population générale) indiquent que sur le CBCL, la proportion d'enfants de l'échantillon de la population générale ayant des scores dans la zone clinique varie de 5,6% à 7,7% alors que cette proportion varie de 20,7% à 41,6% pour les enfants de l'échantillon clinique. Les taux de comorbidité pour les enfants de l'échantillon de la population générale ayant des scores dans la zone clinique sur deux échelles varient de 10,5% à 30,2% alors que ces taux varient de 21,1% à 51,9% pour les enfants de l'échantillon clinique (McConaughy et Achenbach, 1994).

Parmi les enfants de la population générale qui ont obtenu des scores dans la zone clinique sur l'échelle d'extériorisation du CBCL-Parent, 51% manifestent aussi des scores déviants sur l'échelle d'intériorisation et inversement, 52% des enfants déviants sur l'échelle d'intériorisation le sont aussi sur l'échelle d'extériorisation. Par ailleurs, cette étude démontre une comorbidité unidirectionnelle élevée entre l'échelle « Trouble de l'attention » avec les échelles « Comportements agressifs » et « Comportements délinquants » (44% et 35%, respectivement). De plus, sur les échelles « Comportements agressifs » et « Comportements délinquants » les proportions d'enfants ayant aussi un score dans la zone clinique à l'échelle « Anxiété/dépression » sont de 42% et de 27%, respectivement. Pour le CBCL-Enseignant, les résultats sont similaires, avec de plus faibles proportions (McConaughy et Skiba, 1993).

Ces résultats sont compatibles avec les résultats des études de comorbidité faits selon l'approche catégorielle. En effet, de nombreux travaux de recherche ont trouvé des taux très élevés de comorbidité entre diverses combinaisons de troubles.

La comorbidité selon l'approche catégorielle

Les études sur la comorbidité selon l'approche catégorielle auprès d'enfants de parents souffrant du trouble bipolaire démontrent eux aussi qu'il s'agit d'un phénomène clinique très présent chez ces enfants (Decina et al., 1983; Grigoroïu-Serbanescu, et al., 1989; Grigoroïu-Serbanescu et al., 1991; Hammen et al., 1990; Klein et al., 1985). Selon Decina et al. (1983), 50% des enfants ayant un trouble dépressif avaient aussi un trouble anxieux ou un trouble de l'attention. Des résultats similaires ont été trouvés par Klein et al. (1985). Ils rapportent que 36% des enfants de parents bipolaires souffrant d'un trouble affectif présentent aussi un trouble non-affectif.

Les résultats des travaux de recherche sur la comorbidité dans son ensemble sont intéressants. Certains ont trouvé de la comorbidité entre le trouble des conduites, le trouble oppositionnel et le trouble d'attention avec hyperactivité (Biederman, Newcorn et Sprich, 1991; Faraone, Biederman, Keenan et Tsuang, 1991; Spitzer, Davies et Barkley, 1990; Walker et al., 1991). D'autres ont trouvé que les troubles anxieux et affectifs sont liés dans près de la moitié des cas (Mitchell, McCauley, Burke et Moss, 1988).

En outre, les troubles de comportement (trouble des conduites, trouble oppositionnel et trouble d'attention avec hyperactivité) sont souvent présents chez des enfants souffrant aussi des troubles affectifs et anxieux (Harington et al., 1991; Marriage, Fine, Moretti et Haley, 1986; Mitchell et al., 1988). Selon Woolston et al. (1989), 51% des enfants ont un diagnostic comportemental et affectif/anxieux du DSM-III-R.

Une recension des études portant sur la comorbidité du trouble d'attention avec hyperactivité indique que ce trouble est associé à plusieurs autres troubles dont la dépression majeure. Les auteurs rapportent des taux variant de 15% à 75% tant dans les échantillons de la population générale que dans des échantillons de la population clinique (Biederman, Newcorn et Sprich, 1991).

Anderson, William, McGee et Silva (1987) ont trouvé que le trouble d'attention est le trouble qui survient le plus fréquemment avec le trouble des conduites et le trouble oppositionnel. De plus, de leur échantillon de 139 enfants, 219 diagnostics ont été faits dont 55% ont été donnés en combinaison avec un autre diagnostic. Une proportion de 7,9% ont à la fois un trouble affectif et un trouble extériorisé (trouble des conduites ou trouble oppositionnel), 5,6% ont un trouble affectif et le trouble d'attention, 7,2% ont un trouble anxieux et un trouble affectif et 13,7% ont un trouble anxieux et un trouble extériorisé (trouble des conduites ou trouble oppositionnel) et finalement, 5,8% ont à la fois un trouble anxieux, un trouble affectif, un trouble d'attention et un trouble extériorisé (trouble des conduites ou trouble oppositionnel).

Le pronostic des enfants présentant des troubles comorbides

Comme l'on pourrait s'y attendre de manière intuitive, les enfants qui présentent peu de comorbidité ont un meilleur pronostic que les enfants présentant au moins deux troubles (Biederman, Newcorn et Sprich, 1991; Harrington et al., 1991; Kovacs et Pollock, 1995; Marriage, Fine, Moretti et Haley, 1986; Tolan et Henry, 1996). Par ailleurs, il n'est pas rare de voir un trouble de l'enfance augmenter le risque d'un autre trouble quelques années plus tard.

En effet, lors d'un suivi de six ans, il a été démontré que le fait d'avoir un score dans la zone clinique sur une échelle du CBCL augmentait significativement le risque d'être au-delà de la norme sur cette même échelle mais aussi sur une autre échelle six ans plus tard (Verhulst et van der Ende, 1993). Une proportion de 29,4% d'enfants ayant reçu un diagnostic de trouble des conduites quatre ans plus tôt ont reçu un diagnostic de trouble affectif. De plus, parmi les enfants ayant reçu un diagnostic de trouble affectif, 26,2% ont reçu ce même diagnostic quatre ans plus tard (Offord et al., 1992). De même, Kovacs, Akistal, Gatsonis et Parrone (1994) indiquent que la présence de dysthymie à l'enfance est un marqueur de trouble affectif récurrent à l'âge adulte.

L'étude de la comorbidité révèle des lignes directrices entre les troubles qui surviennent le plus fréquemment simultanément mais ne répond en rien aux questions que peut soulever la compréhension d'un phénomène comme la comorbidité. En attendant, il apparaît indispensable de poursuivre l'analyse de la comorbidité chez les enfants

de parents bipolaires pour tenter de dégager avec plus de précision leur portrait clinique.

Différences quant aux difficultés selon le genre et l'âge de l'enfant

Deux des problèmes des études sur les enfants de parents bipolaires sont l'absence de distinction entre les garçons et les filles et l'absence d'homogénéité par rapport à l'âge. Le groupe d'âge varie considérablement entre les études et à l'intérieur d'une même étude; il n'est pas rare de voir que le groupe d'enfants se compose d'enfants et d'adolescents. Les échantillons sont souvent trop petits pour permettre une analyse par genre de l'enfant ou par groupe d'âge et les quelques résultats que nous avons sont contradictoires.

Deux études sur les enfants de parents bipolaires ne rapportent aucune différence entre les garçons et les filles (Hammen et al., 1990; Hammen et al., 1987). Alors que Klein et al. (1985) mentionnent que les garçons ont une prévalence plus élevée de troubles affectifs; Waters et Marchenko-Bouer (1980) rapportent que ce sont les filles qui présentent plus de troubles affectifs. Une étude rapporte que les garçons sont plus dérangeants et les filles sont plus anxieuses (Radke-Yarrow et al., 1992).

Par ailleurs, l'étude de Grigoroiu-Serbanescu et al. (1989), indiquent une plus grande prévalence de troubles affectifs et de troubles de personnalité chez les filles de parents bipolaires comparativement aux filles de parents sans trouble mentaux. Pour les garçons, la différence se situe dans le trouble d'attention avec hyperactivité.

Un travail de recherche ne rapporte aucune différence entre les groupes d'âge par rapport à la distribution des diagnostics. Cependant, l'âge d'apparition des troubles varie d'un groupe à l'autre. En effet, les troubles apparaissent plus fréquemment dans le groupe des sept à 12 ans (60%); ensuite, ils sont également répartis chez les zéro à six ans (20%) et chez les 13 ans et plus (20%) (Hammen et al., 1987). Les résultats de Radke-Yarrow et al. (1992), démontrent que la prévalence des troubles augmente avec l'âge de l'enfant.

Les résultats de Santé Québec indiquent que chez les enfants de six à 11 ans, la prévalence de troubles mentaux extériorisés (trouble des conduites, hyperactivité, trouble de l'attention, trouble d'opposition) est significativement plus élevée chez les garçons que chez les filles et ce, selon les trois types d'informateurs (enfant lui-même, le parent et le professeur). De plus, les filles de neuf à 11 ans rapportent plus de troubles intériorisés (hyperanxiété, dépression, phobie simple, angoisse de séparation, anxiété généralisée et dysthymie) que les garçons (Valla et al., 1994).

Ces résultats montrent l'importance de faire des analyses par genre et par groupe d'âge. Ces analyses permettront de préciser s'il existe vraiment des différences entre les garçons et les filles et d'identifier ces différences. De plus, l'analyse des groupes d'âge permettra de comprendre les difficultés infantiles dans une perspective développementale.

CONCLUSION

L'ensemble des travaux de recherche sur les difficultés et le fonctionnement psychosocial des enfants et plus particulièrement sur les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire nous amène à conclure que ces enfants ne sont pas seulement à risque de développer un trouble mental grave à l'âge adulte, plus spécifiquement un trouble affectif; mais ils sont aussi plus à risque de souffrir de divers problèmes dès l'enfance. Certains de ces problèmes manifestés par les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire sont suffisamment sévères pour être identifiés par différents informateurs (parents, enseignant, psychologue, psychiatre, travailleur social, l'enfant lui-même)

Les résultats des nombreux travaux de recherche identifient une multitude de problèmes et de troubles mentaux attribuables aux enfants de parents souffrant de trouble bipolaire. Cependant, la diversité des instruments utilisés, la variation des groupes d'âge chez les enfants, la faible validité des diagnostics des parents, la diversité des groupes de comparaisons (sans trouble mental, sans trouble mental grave, sans trouble affectif, etc.), l'absence d'analyses systématiques sur la comorbidité et sur les différences entre les genres nuit à l'identification d'un portrait valide des enfants de parents bipolaires.

L'objectif du présent travail de recherche est de décrire clairement et précisément les difficultés comportementales, sociales et émotionnelles d'un groupe d'enfants de parents souffrant du trouble bipolaire en les comparant à un groupe d'enfants dont les deux parents biologiques seront exempts de toutes formes de trouble mental. Les avantages de ce

travail résident dans une méthodologie rigoureuse et une tentative de pallier aux principales failles des travaux antérieurs sur les enfants de parents souffrant de trouble bipolaire. Tous les enfants de l'échantillon font partie d'un même groupe d'âge, les groupes sont très distincts (enfants de parents souffrant de trouble bipolaire ou enfants de parents sans trouble mental) tout en étant homogènes quant aux caractéristiques sociodémographiques, les instruments utilisés sont excellents quant à leurs qualités psychométriques et le nombre de sujets est plus élevé que la vaste majorité des études antérieures. Les analyses devraient permettre de dégager une description précise du fonctionnement psychosocial, c'est-à-dire une description des caractéristiques comportementales, sociales et émotionnelles des enfants de parents souffrant de trouble bipolaire. De plus, ce portrait du fonctionnement psychosocial tiendra compte des différences par rapport à l'âge et au genre de l'enfant et des troubles comorbides. Par ailleurs, l'étude vise à expliquer ces résultats en fonction de nos connaissances actuelles des enfants de parents sans trouble mental. Cette description pourra ultérieurement servir, lors du suivi à long terme de ces enfants, à faire des liens avec le développement de la psychopathologie adulte chez ces mêmes individus.

À court terme, au plan clinique, les résultats de ce travail de recherche devraient permettre d'identifier les enfants à risque très élevé de développer un trouble mental et de leur apporter l'aide dont ils ont besoin.

De plus, le présent travail tentera de vérifier certaines hypothèses qui découlent des travaux de recherche effectués jusqu'à maintenant.

HYPOTHÈSES

1) Le groupe d'enfants de parents bipolaires (BP) présentera plus de troubles mentaux (nombre de diagnostics plus élevé) selon le Dominique et il présentera plus de symptômes se situant dans la zone clinique du CBCL que le groupe d'enfants de parents sans trouble mental (STM).

2) Le groupe d'enfants de parents ayant un trouble bipolaire se divisera en deux sous-groupes: le premier sous-groupe (enfants avec problèmes, AP) répondra à au moins un des diagnostics du DSM-III-R tels qu'évalués par le Dominique ou présentera des symptômes se situant dans la zone clinique du CBCL. Le second sous-groupe (enfants sans problème, SP) présentera des symptômes sur le Dominique sans toutefois répondre aux catégories diagnostiques du DSM-III-R ou présentera des symptômes sur le CBCL qui se situeront dans la norme de cet instrument.

2a) Les enfants SP du groupe BP n'auront pas plus de symptômes que les enfants SP du groupe STM tels qu'évalués par le Dominique (Valla, Bérubé et Bergeron, 1991) et le CBCL et leurs symptômes ne seront pas différents (intériorisés/extériorisés).

3) Parmi les enfants ayant un score dans la zone clinique sur le CBCL, les filles auront plus de symptômes intériorisés que les garçons et les garçons auront plus de symptômes extériorisés que les filles.

4) L'accord entre les informateurs sera plus grand pour la symptomatologie extériorisée que pour la symptomatologie intériorisée.

Chapitre II
Description de la recherche

SUJETS

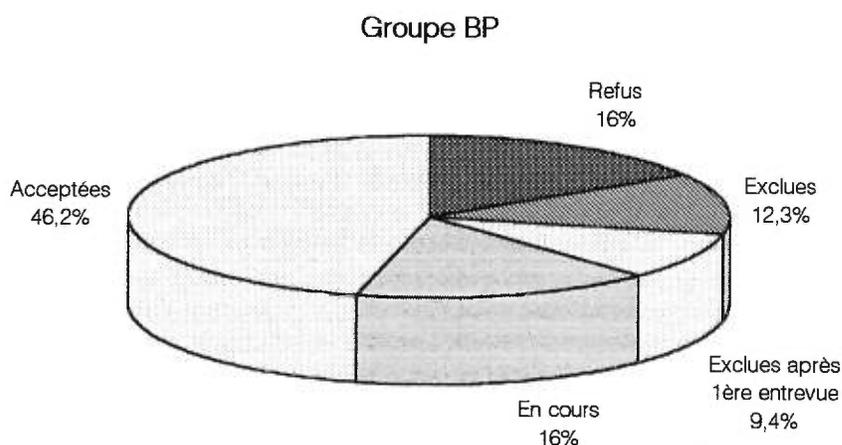
Notre échantillon est constitué de 89 familles ayant au moins un enfant entre cinq et 12 ans. Les critères d'inclusion étaient les suivants: avoir été éduqué au Canada, parler le français ou l'anglais, accepter que les deux parents biologiques participent à la recherche et qu'aucun membre de la famille n'ait de troubles physiques chroniques. Par ailleurs, les familles ont été séparées en deux groupes distincts, soit le groupe bipolaire (BP) (n=49) et le groupe sans trouble mental (STM) (n=40). Pour être inclus dans le groupe BP, un des parents biologiques devait avoir un diagnostic confirmé de trouble bipolaire, type I ou type II. Alors que pour être inclus dans le groupe STM, les deux parents ne devaient présenter aucun diagnostic du DSM-IV, à l'exception de quelques troubles mineurs (phobies simples) ou d'un trouble passé d'abus d'alcool ou de drogues. De plus, la parenté de premier et de deuxième degrés des enfants ne devait présenter aucun trouble majeur, ni de trouble de dépendance à l'alcool ou aux drogues et ce, sur deux générations.

Groupe BP

Les sujets du groupe BP ont été recrutés dans les centres hospitaliers de la grande région métropolitaine et par l'entremise d'organismes en santé mentale. Dans les centres hospitaliers, 167 sujets potentiels ont d'abord été identifiés par une recherche dans les dossiers médicaux. De ce nombre, 33 (20%) ont été exclus suite au refus du psychiatre de nous autoriser à les contacter, 51 (30%) sujets ont refusé d'être contactés par un psychologue de l'équipe, 33 (20%) n'ont pu être

retracés et 50 (30%) ont accepté d'être contactés au téléphone par un psychologue de l'équipe. De plus, un total de 56 sujets potentiels nous ont contactés par l'intermédiaire de divers organismes communautaires en santé mentale. Sur les 106 familles contactées directement par un des psychologues de l'équipe, 17 (16%) ont refusé de participer, 13 (12,3%) ont été exclues, car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion, 10 (9,4%) ont été exclues après la première entrevue, le diagnostic de trouble bipolaire n'ayant pu être confirmé, 17 (16%) sont toujours en cours d'évaluation et les 49 (46,2%) restantes constituent l'échantillon du groupe BP pour cette étude (voir la Figure 1). Pour une description des caractéristiques sociodémographiques des parents, voir le Tableau 2.

Figure 1
Répartition des familles du groupe BP



De ces 49 familles bipolaires, 67 enfants ont été évalués et constituent l'échantillon d'enfants dont l'un des parents souffre d'un trouble bipolaire (parent BP). De ce nombre, on compte 36 garçons et 31 filles. Leur âge moyen est de 8,2 ans. Le Tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques des enfants.

Tableau 2
Caractéristiques sociodémographiques des parents

Variables	Groupe BP	Groupe STM	Total	%	χ^2
Langue maternelle					ns
français	81	70	151	87,3%	
anglais	6	7	13	7,5%	
autres	6	3	9	5,2%	
Statut civil					p = .002
célibataire	19	2	21	12,1%	
conjoint de fait	21	18	39	22,5%	
marié	52	60	112	64,7%	
veuf	1	-	1	0,7%	
Situation d'emploi actuel					p = .04
emploi temps plein	48	60	108	62,4%	
emploi temps partiel	10	7	17	9,8%	
chômage	6	1	7	4%	
aide sociale	3	-	3	1,7%	
étudiant	4	1	5	2,9%	
ne travaille pas	19	11	30	17,3%	
rentes, pensions	1	-	1	0,6%	
emploi (en congé)	2	-	2	1,2%	
Revenu personnel					ns
0 et 10 000\$	20	16	36	21,1%	
10 000 et 20 000\$	14	5	19	11,1%	
20 000 et 30 000\$	14	6	20	11,7%	
30 000 et 40 000\$	17	16	33	19,3%	
40 000 et 50 000\$	9	7	16	9,4%	
50 000 et plus	18	29	47	27,5%	
Nombre moyen de mariages précédents					p = .000
moyenne	0,39	0,13	-	-	
écart-type	0,53	0,37	-	-	

Tableau 2 (suite)
Caractéristiques socio-démographiques des parents

Variables	Groupe BP	Groupe STM	Total	%	χ^2
Nombre moyen de divorces précédents					$p = .002$
moyenne	0,33	0,11	-	-	
écart-type	0,52	0,36	-	-	
Nombre d'années de scolarité complétées					$p = .001$
moyenne	14,13	15,68	-	-	
écart-type	3,15	2,77	-	-	

Le détail des analyses statistiques de ces données est présenté dans la section « Analyse des résultats »

Tableau 3
Caractéristiques sociodémographiques des enfants

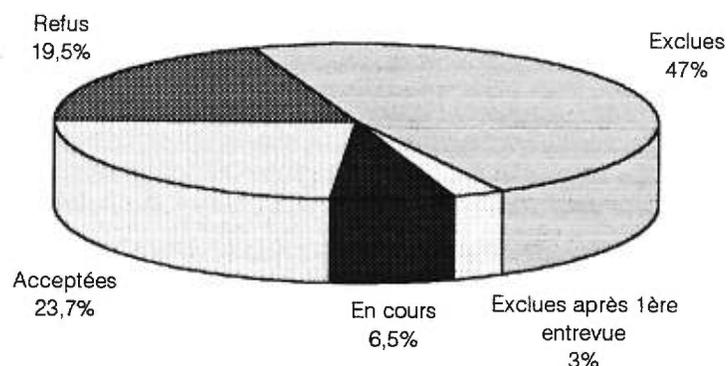
Variables	Groupe BP	Groupe STM	Total	%	Test-T
Âge moyen	8,2 ans	9,0 ans	-	-	ns
écart-type	2,2	2,5	-	-	
Genre					ns
masculin	36	23	59	46,1%	
féminin	31	38	69	53,9%	
École					ns
va à l'école	52	46	98	76,6%	
ne va pas à l'école	15	15	30	23,4%	

Le détail des analyses statistiques de ces données est présenté dans la section « Analyse des résultats »

Groupe STM

Le groupe STM est constitué de familles ayant été recrutées par l'intermédiaire de pédiatres, d'omnipraticiens, d'organismes communautaires, d'organismes de loisirs, de services de garde et d'annonces dans des journaux et revues. Un total de 169 familles nous ont contactés pour obtenir de l'information sur le projet. De ce nombre, 33 (19,5%) ont refusé de participer, 80 (47,3%) ont été exclues au téléphone, car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusions, 5 (3%) ont été exclues après la première entrevue, 11 (6,5%) sont en cours d'évaluation et 40 (23,7%) familles forment l'échantillon du groupe STM (voir la Figure 2). Le Tableau 2 montre les caractéristiques sociodémographiques des parents.

Figure 2
Répartition des familles du groupe STM
Groupe STM



Des 40 familles du groupe STM, 61 enfants ont été évalués. Ces enfants forment l'échantillon d'enfants de parents sans trouble mental (parents STM). Ils se divisent en 23 garçons et 38 filles. Leur âge moyen

est de 9 ans (voir le Tableau 3 pour la présentation des caractéristiques sociodémographiques des enfants).

INSTRUMENTS DE MESURE

Le choix des instruments de mesure s'est fait sur la base de deux critères. D'abord, la qualité de l'instrument et en second lieu, nous avons tenté de choisir des instruments que les sujets ne trouveraient pas trop fastidieux à remplir, particulièrement pour les questionnaires papier-crayon. Cette section tentera de décrire de façon la plus précise possible chaque instrument pertinent au présent travail de recherche.

La mesure des troubles mentaux chez les parents

L'entrevue semi-structurée « Structured Clinical Interview for DSM » (SCID) (Spitzer, William, Gibbon et First, 1990) a été utilisée pour détecter la présence d'un diagnostic de trouble bipolaire ou de tout autre trouble mental chez les parents des familles.

Le SCID permet d'obtenir un diagnostic conforme aux critères diagnostiques des troubles de l'axe I du DSM et a été adapté en fonction des nouveaux critères du DSM-IV. Il s'agit d'une entrevue semi-structurée qui doit être effectuée par un clinicien formé. L'entrevue prend de 30 minutes à plusieurs heures, dépendamment de la capacité du sujet à fournir l'information demandée.

Le SCID est construit sous forme de modules où il est possible d'exclure les modules non pertinents au travail effectué. De plus, le

diagnostic est établi selon un processus d'arbre décisionnel qui permet à l'interviewer de vérifier des hypothèses diagnostiques tout au long de l'entrevue. Par ailleurs, les auteurs du SCID suggèrent l'utilisation conjointe des dossiers médicaux aux données recueillies lors de l'entrevue (Spitzer, Williams, Gibbon et First, 1992).

La passation du SCID se déroule en deux temps. Dans un premier temps, le sujet est questionné sur l'historique de ses troubles psychiatriques, sur l'historique de traitement et sur son fonctionnement général. Ensuite, l'interviewer complète les divers modules diagnostiques. Dans le cadre de cette recherche, les modules inclus étaient: troubles de l'humeur (dépression majeure actuelle et passée, épisode maniaque actuel et passé, trouble bipolaire, dysthymie, autre trouble bipolaire et trouble dépressif surajoutés à un trouble psychotique), symptômes et troubles psychotiques (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizoaffectif, trouble délirant, psychose réactionnelle brève et trouble psychotique non-spécifié), troubles d'abus et de dépendance à l'alcool et aux drogues (actuels et passés), troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, phobie simple, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété généralisée), troubles somatoformes (hypocondrie, trouble de somatisation, trouble de la douleur et trouble somatoforme non différencié), troubles alimentaires (anorexie et boulimie) et troubles de l'adaptation (actuels).

L'analyse des qualités psychométriques du SCID, essentiellement basée sur des données américaines, indique que l'accord inter-juges pour l'ensemble des troubles mentaux graves est assez bon (le coefficient k varie entre 0,84 et 0,59) (Williams et al., 1992). De même, la fidélité

test-retest, effectuée dans cinq sites différents, varie d'un trouble à l'autre et d'un site à l'autre et donne les résultats suivants: pour l'échantillon total, le coefficient k est de 0,61 pour les troubles actuels et de 0,68 pour les troubles à vie. De plus, les meilleurs coefficients k sont obtenus pour la boulimie (0,86), le trouble d'abus ou de dépendance aux drogues (0,84) et le trouble bipolaire (0,84) (Williams et al., 1992).

Autres mesures utilisées chez les parents. Plusieurs autres instruments ont été utilisés chez les parents pour mesurer diverses dimensions. Étant donné, qu'aucune de ces dimensions n'est abordée dans le présent travail, les instruments ne seront que très brièvement décrits.

Le questionnaire du SCID II et l'entrevue du SCID II servent à diagnostiquer les troubles de la personnalité (Spitzer, Williams, Gibbon et First, 1992). Le CTS (Conflict Tactic Scales) se compose de deux questionnaires et il permet d'évaluer la façon dont une personne gère les conflits avec son conjoint et avec ses enfants (Gelles et Straus, 1988; Touliatos, Permuter et Straus, 1990). L'ASSIS (Arizona Social Support Interview Scale) est une entrevue semi-structurée permettant d'évaluer la quantité et la qualité du réseau social (Barrera, Sandler et Ramsay, 1981; Lepage, 1984). Le NEO-PI-R (NEO Personality Inventory Revised) est un questionnaire sur la personnalité (Costa et McGrae, 1992). Le PDI (Parenting Dimensions Inventory) est un questionnaire qui évalue les habiletés parentales (Slater et Power, 1987). Le DAS (Dyadic Adjustment Scale) est un questionnaire qui mesure l'ajustement marital (Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986). Le MCI (Multidimensional Coping Inventory) est un questionnaire qui évalue les moyens de coping (Endler et Parker,

1990) et deux sous-tests du WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised) ont permis d'évaluer le QI verbal (vocabulaire) et le QI performance (blocs) (Wechsler, 1981).

Les mesures des difficultés et du fonctionnement psychosocial des enfants

Le choix des instruments de mesures des enfants tient compte des deux courants de pensée présents dans le domaine de la psychopathologie infantile, soit l'approche dimensionnelle et l'approche catégorielle. Le Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991) a été utilisé pour évaluer les difficultés et les forces des enfants de l'échantillon (approche dimensionnelle) et le Dominique (Valla et al., 1991) a été utilisé pour évaluer les critères diagnostiques selon le DSM-III-R (approche catégorielle). De plus, le Child and Adolescent Functionnal Assessment Scale (CAFAS) (Hodges, 1993) a permis d'obtenir une évaluation du fonctionnement psychosocial des enfants.

Le CBCL est un instrument qui sert à évaluer deux aspects distincts des enfants, soit les compétences et les difficultés ou syndromes. Le CBCL existe sous trois versions où chaque version est complétée par des évaluateurs différents: les parents, l'enseignant et le jeune lui-même. Chaque version peut s'interpréter de façon indépendante mais peut aussi être mise en relation avec les autres. La version auto-rapportée s'applique aux adolescents seulement, elle ne sera donc pas discutée ici, puisque les sujets de l'étude sont pré-pubères. Voyons maintenant plus en détail la description des différentes versions du CBCL.

Le CBCL-Parent. Dans le CBCL-Parents, les compétences évaluées chez les enfants reflètent les comportements qui sont favorables à un développement adapté. Les compétences évaluées se regroupent en trois échelles: « Échelle Activités », « Échelle Sociale » et « Échelle École ». Chaque échelle de compétences du CBCL-Parents s'évalue en fonction de la quantité et de la qualité des compétences, c'est-à-dire qu'un enfant qui ne pratique qu'un sport aura une cote basse sur la quantité mais pourra avoir une cote élevée sur la performance s'il réussit bien dans ce sport. Les échelles de compétences ne s'appliquent pas aux enfants de moins de six ans.

Les difficultés (syndromes) réfèrent à un ensemble d'items qui correspondent à des comportements, des attitudes et des émotions que les enfants peuvent manifester. Les huit échelles de syndromes sont: « Repli », « Plaintes somatiques », « Anxiété/dépression », « Problème social », « Trouble de la pensée », « Trouble de l'attention », « Comportement délinquant », « Comportement agressif » et « Autres problèmes ». À cela s'ajoute le syndrome « Problèmes sexuels » pour le groupe des quatre à 11 ans. Enfin, nous retrouvons trois échelles combinées: « Intériorisation », « Extériorisation » et « Score total ». Les 113 items des syndromes se cotent sur une échelle en trois points (0=absent, 1=un peu, 2=souvent).

L'échelle « Intériorisation » consiste en la somme des trois premiers syndromes (« Repli », « Plaintes somatiques » et « Anxiété/dépression »), alors que l'échelle « Extériorisation » est la somme des deux derniers syndromes (« Comportement agressif » et « Comportement délinquant »).

Les résultats du CBCL-Parents ressortent sous forme de deux profils graphiques (un pour les compétences et un pour les syndromes) et comportent un score brut, un score T et un percentile qui peuvent être comparés à des normes par rapport à l'âge et au sexe de l'enfant. L'auteur du CBCL a déterminé des scores-coupures pour chaque échelle de syndromes et de compétences et ainsi délimiter trois zones distinctes, la zone normale, la zone sous-clinique et la zone clinique. Le score total sur une échelle de syndromes se calcule en additionnant les scores obtenus à chaque item correspondant à ce syndrome. Plus ce score est élevé plus le risque de se retrouver dans la zone clinique sur ce syndrome est grand. Un enfant peut avoir un score élevé sur plusieurs échelles puisqu'aucune n'est mutuellement exclusive.

La fidélité et la validité du CBCL-Parents est bonne. En effet, la fidélité test-retest est de 0,87 pour les échelles de compétences et de 0,89 pour les échelles de syndromes pour une période de sept jours entre les deux évaluations. Après une période d'un an, les changements dans la moyenne des scores n'excédaient pas les changements occasionnés par le hasard. La moyenne des corrélations pour les scores séparés d'un an sont de 0,62 pour les échelles de compétences et de 0,75 pour les échelles de syndromes. Pour une période de deux ans, les corrélations moyennes sont de 0,56 pour les échelles de compétences et de 0,71 pour les échelles de syndromes. Il semble aussi y avoir un bon accord entre les parents (mère vs père) avec des corrélations de $r=,75$ pour les échelles de compétences et $r=,70$ pour les échelles de syndromes. De plus, les parents ont un bon accord dans leur capacité à classer leur enfant dans la catégorie normale par rapport à clinique (Achenbach, 1991a).

La validité du CBCL-Parents montre que les échelles de cet instrument discriminent entre les enfants référés à des ressources pour recevoir de l'aide et les enfants non-référés à des ressources d'aide (pairés sur des variables sociodémographiques). L'analyse des ratios de cote (odds ratios) démontre que toutes les échelles du CBCL-Parents comportent un facteur de risque (supérieur à 2,4 et inférieur à 13,6) de se retrouver dans le groupe d'enfants référés à des ressources d'aide si le score sur l'échelle en question se trouve dans la zone clinique. De plus, le CBCL-Parents démontre une bonne validité de construit. Plusieurs de ses échelles sont significativement corrélées à d'autres échelles d'instruments similaires dont le Conners (1973) Parent Questionnaire et le Quay-Peterson (1983) Revised Behavior Problem Checklist. Les corrélations entre les échelles du CBCL et du Conners varient entre $r=,59$ et $r=,86$. Alors que les corrélations entre le CBCL et le Quay-Peterson varient de $r=,52$ à $r=,88$ (Achenbach, 1991a).

Le CBCL-Enseignant. Le CBCL-Enseignant est construit de la même façon que la version parent. Il mesure les compétences sous forme de quatre échelles, soit l'« implication dans son travail », l'« adéquacité du comportement », la « capacité d'apprentissage » et le « bonheur ». La performance académique est aussi mesurée. À cela s'ajoutent, comme le CBCL-Parents, huit échelles de syndromes qui mesurent les mêmes entités que le CBCL-Parents et qui s'évaluent à l'aide de 113 items.

La fidélité du CBCL-Enseignant est assez bonne. La fidélité test-retest sur une période de 15 jours donne des corrélations moyennes de $r=,90$ pour les échelles de compétences et académique et de $r=,92$ pour les échelles de syndromes. L'accord inter-juges est de $r=,55$ pour

les échelles d'adaptation et académique et de $r=,54$ pour les échelles de syndromes pour les professeurs évaluant les enfants dans divers contextes. L'accord inter-juges entre les professeurs et les assistants-professeurs est de $r=,60$ pour les échelles d'adaptation et académique et de $r=,55$ pour les échelles de syndromes (Achenbach, 1991b).

La validité discriminante du CBCL-Enseignant montre que toutes les échelles, à l'exception de l'échelle « Plaintes somatiques », discriminent entre les enfants référés à des ressources d'aide et les enfants non-référés à ces mêmes ressources. À nouveau, l'analyse des facteurs de risque (odds ratios) démontre que toutes les échelles du CBCL-Enseignant comportent un facteur de risque (supérieur à 2,4 et inférieur à 13,0) de se retrouver dans le groupe d'enfants référés à des ressources d'aide si le score sur l'échelle en question se trouve dans la section clinique. Le CBCL-Enseignant et le Conners Revised Teacher Rating Scale (Goyette, Conners et Ulrich, 1978) ont des échelles similaires et ces échelles sont corrélés entre $r=,63$ et $r=,83$ (Achenbach, 1991b).

Le Dominique. Le Dominique est constitué de dessins (99) illustrant les critères diagnostiques des troubles mentaux. La tâche consiste à demander aux enfants s'ils ressentent, agissent ou pensent comme le fait Dominique dans les illustrations. Les diagnostics suivants peuvent être établis chez les enfants de six à 11 ans: hyperactivité avec déficit de l'attention, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, dépression majeure, angoisse de séparation, hyperanxiété et phobie simple.

L'analyse des qualités psychométriques du Dominique indique que les coefficients de fidélité test-retest varient entre 0,59 et 0,74. La consistance interne démontre des scores alpha entre 0,62 et 0,88. Par ailleurs, sur le plan de la validité, le Dominique discrimine entre les enfants référés à des ressources d'aide et ceux non-référés à ces mêmes ressources. De plus, le Dominique a permis de distinguer entre les enfants qui avait un score positif et négatif sur le DISC-2 (Diagnostic Interview for Children), indiquant ainsi une bonne validité de construit (Valla, Bergeron, Bérubé, Gaudet et St-Georges, 1994).

Autres mesures utilisées chez les enfants. Le CAS (Child Assessment Schedule) est un instrument diagnostique utilisant les critères du DSM-III. Il s'agit d'une entrevue semi-structurée. Le CAS se divise en trois sections. La première section questionne l'enfant sur 11 aspects de sa vie: l'école, les amis, les activités et les loisirs, la famille, les peurs, les inquiétudes et l'anxiété, l'image de soi, l'humeur, les plaintes physiques, l'expression de la colère et le contact avec la réalité. Suite à cette section, l'enfant est questionné sur la durée et le début des symptômes positifs. Enfin, une observation en 53 points complète le CAS. Les résultats du CAS n'ont pas été utilisés pour ce travail de recherche, les qualités psychométriques ne seront donc pas décrites.

DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

Recrutement

L'étape de recrutement a différé entre les deux groupes, chacun ayant des caractéristiques différentes. Pour le groupe BP, les sujets ont

été recrutés de deux sources: centres hospitaliers et organismes communautaires en santé mentale. Des ententes ont été conclues avec différents centres hospitaliers de la grande région métropolitaine. La procédure utilisée consistait à identifier à l'aide des dossiers médicaux, les patients ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire et étant toujours suivis par un professionnel de l'hôpital. Une lettre était ensuite envoyée au médecin traitant pour lui demander sa collaboration consistant essentiellement à remettre au patient une lettre qui décrivait notre projet et lui demandait de signifier sur un coupon-réponse, s'il permettait qu'un psychologue de l'équipe communique avec lui. Dans certains centres hospitaliers, après l'accord du médecin traitant, il s'agissait de la secrétaire-réceptionniste qui remettait au patient notre lettre explicative. Quand une réponse affirmative était reçue d'un patient, un psychologue communiquait avec lui pour la deuxième phase de la procédure, le dépistage, qui sera décrite plus loin.

Les organismes communautaires en santé mentale ont contribué au recrutement des sujets du groupe BP en diffusant de l'information au sujet de la recherche sous forme d'annonces dans leur publications, en permettant que de courtes conférences sur le trouble bipolaire soient données à leurs membres et en distribuant des dépliants explicatifs sur la recherche. Les gens pouvaient alors directement communiquer avec l'équipe de recherche par téléphone où leurs coordonnées étaient ensuite communiquées à un des psychologues qui téléphonait au sujet potentiel pour le dépistage.

Pour le groupe STM, le recrutement a été différent et beaucoup plus ardu. Nous avons eu la collaboration de quelques pédiatres et

omnipraticiens qui acceptaient de parler de notre projet de recherche à leurs patients qui avaient des enfants entre cinq et 12 ans. Les coordonnées des gens qui acceptaient d'être contactés par téléphone étaient transmises aux psychologues de l'équipe. De plus, plusieurs annonces ont paru dans les journaux et dans une revue. Certains psychologues de l'équipe sont allés rencontrer des parents lors de réunion d'information pour les loisirs. Plusieurs services de garde ont accepté de distribuer aux parents un feuillet explicatif sur la recherche leur demandant leur collaboration, qu'il pouvait signifier en signant le coupon-réponse et en le retournant au service de garde.

Le dépistage

Cette deuxième phase consistait à ce que l'un des psychologues de l'équipe téléphone au sujet potentiel et lui pose d'abord une série de questions d'ordre socio-démographique pour s'assurer qu'il réponde minimalement à certains critères d'inclusion. Ensuite, pour le groupe BP, le psychologue posait des questions sur son historique de troubles psychiatriques et sur les traitements reçus; pour le groupe STM, il posait des questions sur la présence ou l'absence de troubles mentaux et de troubles de consommation (alcool et drogues) dans la famille. Enfin, il répondait aux questions de l'individu sur la recherche. Si la personne répondait aux critères et acceptait de participer, le psychologue fixait un rendez-vous pour l'entrevue diagnostique. Si la personne refusait, elle était éliminée de la liste de sujets potentiels. Si elle ne répondait pas aux critères, le psychologue lui expliquait qu'elle n'avait pas le profil recherché et elle était aussi éliminée de la liste de sujets potentiels.

Les entretiens diagnostiques avec les parents

Lors de l'entrevue diagnostique, le psychologue faisait signer tous les formulaires de consentement, répondait à toutes les questions et débutait l'évaluation en administrant le SCID. Ensuite, plusieurs autres instruments étaient aussi administrés et portaient sur l'évaluation des troubles de l'axe II du DSM-IV, sur le fonctionnement social, sur le fonctionnement intellectuel, sur la gestion des conflits avec le conjoint et avec les enfants. Ces instruments ont été brièvement décrits précédemment. À la fin de l'entrevue, le psychologue remettait au parent un ensemble de questionnaires (non discuté car ils débordent du cadre de ce travail) portant sur la personnalité, les habiletés parentales, les habiletés de coping et le CBCL-Parent. Suite à cette première entrevue, si le psychologue était en mesure de confirmer l'absence de trouble mental chez le parent du groupe STM, il fixait un rendez-vous avec le second parent. Par contre, s'il avait évalué la présence d'un trouble quelconque, il expliquait alors à la personne qu'elle ne correspondait pas au profil recherché. Cette famille était éliminée de la liste de sujets. De la même manière, si le psychologue était en mesure de confirmer le diagnostic de trouble bipolaire type I ou type II, chez un sujet potentiel du groupe BP, il fixait rendez-vous avec l'autre parent biologique.

Cependant, s'il avait un doute sur le diagnostic, le cas était discuté en équipe après l'obtention des informations au dossier médical. Ces informations médicales n'ont pas été utilisées pour faire des diagnostics différents de ceux du psychologue qui avait administré le SCID. Si le sujet était accepté, le psychologue fixait rendez-vous avec l'autre parent biologique; si le sujet était refusé, le psychologue devait rappeler la

personne et lui expliquer qu'elle ne correspondait pas au profil recherché par notre équipe.

L'entrevue avec l'autre parent biologique se déroulait de la même façon qu'avec le premier parent. Dans le cas du groupe BP, il n'y avait pas de contraintes quant au diagnostic. Par contre, l'autre parent biologique du groupe STM ne devait pas présenter de trouble mental selon le SCID, sans quoi la famille était exclue de la recherche.

Toutes les entrevues diagnostiques ont été enregistrées sur bande audio. Il a été déterminé par l'équipe de recherche qu'un accord inter-juges devait être fait sur une proportion de 15% des entrevues. Une psychologue spécialisée avec le SCID, écoutait 15% des enregistrements et effectuait les accords inter-juges.

Les entrevues auprès des enfants

Suite aux entrevues avec les deux parents biologiques, les coordonnées de ceux-ci étaient transmises à l'équipe des enfants. Les psychologues pour enfants fixaient rendez-vous avec l'un des parents pour l'évaluation pédo-psychiatrique. En théorie, ils n'étaient pas au courant du groupe (BP ou STM) auquel appartenait la famille. Au cours de cette évaluation, l'une des psychologues rencontrait l'enfant et lui administrait le Dominique et le CAS (version enfant). Pendant ce temps, l'autre psychologue rencontrait le parent et lui administrait le CAS (version parent). Suite à l'entrevue, les deux psychologues se rencontraient pour discuter de l'évaluation et ils cotaient le CAFAS. De plus, un enregistrement vidéo était effectué pour une proportion d'enfants (15%).

Une pédo-psychiatre visionnait ces bandes vidéos pour comparer son évaluation à celle de la psychologue.

Par ailleurs, la plupart des parents remettaient les questionnaires qu'ils avaient complété suite à leur entrevue diagnostique dans une enveloppe cachetée aux psychologues pour enfants. Ces derniers remettaient alors cette enveloppe au psychologue qui avait rencontré les parents. Lorsque les enveloppes de questionnaires n'étaient pas retournées, le psychologue ayant rencontré les parents, leur téléphonait et établissait avec eux une façon de récupérer les questionnaires.

Le point de vue des enseignants

La dernière étape de collecte de données consistait à contacter les enseignants. La grande majorité des familles ont accepté de signer un formulaire de consentement autorisant une psychologue de l'équipe à contacter l'enseignant de l'enfant et lui envoyer un questionnaire. Les parents nous indiquaient sur le formulaire de consentement, les coordonnées de l'enseignant. Lors des contacts téléphoniques avec le personnel enseignant, la psychologue de l'équipe leur expliquait qu'il s'agissait d'une recherche sur le développement des familles et des enfants. Il n'a jamais été question d'identifier le but réel et les deux groupes distincts de la recherche. Cette étape s'est déroulée à la fin de l'année scolaire pour s'assurer que les enseignants connaissaient bien l'enfant mais a occasionné de la résistance de la part de certains enseignants débordés en cette période de l'année.

Si l'enseignant acceptait de remplir le questionnaire, celui-ci était envoyé par courrier, avec une copie du formulaire de consentement et une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée. Dans le groupe BP, 59 enseignants ont reçu le CBCL-Enseignant. De ce nombre, 48 l'ont retourné. Dans le groupe STM, 47 enseignants ont retourné le questionnaire sur 51 questionnaires envoyés. Un total de 18 professeurs (huit dans le groupe BP et 10 dans le groupe STM) n'ont pas reçu de questionnaire. Les principales raisons sont le refus des enseignants de participer, l'impossibilité de parler avec l'enseignant qui n'a jamais retourné les appels de la psychologue ou le refus des parents de signer le formulaire de consentement pour contacter l'enseignant.

Chapitre III
Analyse des résultats

L'analyse des résultats se divise en sept sections distinctes. D'abord, des comparaisons seront effectuées entre les enfants du groupe BP et ceux du groupe STM quant aux caractéristiques sociodémographiques des parents et des enfants. Ensuite, les difficultés chez les enfants selon les réponses données par les sujets au Dominique seront examinées. La comparaison des groupes par catégories diagnostiques, par nombre de symptômes et par genre sera incluse dans cette section. En troisième lieu, des analyses sur le fonctionnement psychosocial des enfants selon les scores obtenus au CBCL seront faites. Parmi ces analyses, la comparaison des groupes par proportion d'enfants ayant des scores dans la zone clinique, par scores bruts et par genre seront effectuées. De plus, des analyses de variance permettront de vérifier l'effet d'interaction avec le genre et l'âge sur les cotes obtenues au CBCL. Par la suite, les enfants avec et sans problèmes des groupes BP et STM seront comparés quant aux scores bruts obtenus au CBCL. Cinquièmement, une analyse de la comorbidité sera effectuée. Ensuite, des analyses multivariées seront effectuées afin de déterminer les meilleurs prédicteurs de l'appartenance aux groupes et enfin, l'accord entre les informateurs du CBCL sera vérifié. L'ensemble de ces analyses statistiques permettra une vérification des hypothèses énoncées précédemment et l'atteinte de l'objectif de travail, soit de décrire le fonctionnement psychosocial des enfants de parents souffrant de trouble bipolaire.

Il est important de noter que chaque enfant de chacune des familles est considéré comme l'unité d'analyse. Les données de chaque enfant sont considérées indépendantes des données des autres enfants.

COMPARAISONS DES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES
DES SUJETS DES GROUPES BP ET STM

Caractéristiques sociodémographiques des parents

Les résultats de l'analyse des données sociodémographiques (voir Tableau 2, page 64) montrent qu'il n'y a aucune différence significative entre les parents du groupe STM et les parents du groupe BP quant à la langue parlée et le revenu personnel.

Une analyse de khi-carrée effectuée sur les catégories du statut civil indique une différence significative entre le groupe STM et le groupe BP (χ^2 (3, N=173)=14,67, $p = .002$). Cette différence s'explique essentiellement par la présence plus élevée de célibataires dans le groupe BP comparativement au groupe STM. De plus, le groupe STM comporte un plus grand nombre de parents ayant un emploi régulier à temps plein que le groupe BP (χ^2 (7, N=173)=14,47, $p = .04$).

Par ailleurs, les parents du groupe BP ont eu significativement plus de mariages précédents (t (171) = -3,70, $p = .000$) et de divorces précédents (t (171) = -3,22, $p = .002$) que les parents du groupe STM. De plus, les parents du groupe BP ont significativement moins d'années de scolarité complétées que les parents du groupe STM (t (171) = 3,44, $p = .001$).

Caractéristiques sociodémographiques des enfants

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques des enfants (voir Tableau 3, page 65), il n'y a aucune différence significative sur l'ensemble des variables analysées entre les enfants du groupe BP et ceux du groupe STM.

Un test t effectué sur l'âge des enfants de chaque groupe indique que les enfants du groupe BP ont un âge moyen de 9 ans alors que ceux du groupe STM ont un âge moyen de 8,2 ans. Cet écart n'est pas significativement différent. De plus, des analyses de khi-carré ont permis de vérifier l'absence de différence par rapport à d'autres variables. La proportion de garçons et de filles dans chacun des groupes n'est pas significativement différente. On retrouve dans le groupe BP, 36 garçons et 31 filles comparativement à 23 garçons et 38 filles dans le groupe STM. Par ailleurs, la proportion d'enfants allant à l'école est comparable entre les deux groupes, 52 enfants du groupe BP et 46 enfants du groupe STM vont à l'école.

PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ LES ENFANTS SELON LE DOMINIQUE

Comparaisons par catégories diagnostiques

Les analyses portant sur les réponses des enfants au Dominique ont été effectuées pour chaque catégorie diagnostique qui se divisait en deux, soit le diagnostic et le sous-diagnostic. Le diagnostic se définit par la présence de tous les critères nécessaires pour confirmer la présence du

trouble selon le DSM-III, alors que le sous-diagnostic se définit par l'absence d'un seul critère pour remplir les exigences du diagnostic.

Les analyses indiquent qu'il n'y a aucune différence significative entre les enfants du groupe BP et ceux du groupe STM sur l'ensemble des catégories diagnostiques (anxiété de séparation, trouble oppositionnel, hyperanxiété, phobie, trouble des conduites, dépression majeure et trouble de l'attention) quant à la proportion d'enfants répondant aux critères des troubles.

Comparaisons quant au nombre de symptômes

Les tests t effectués à partir du nombre de symptômes présents par catégories diagnostiques entre les enfants du groupe BP et les enfants du groupe STM indiquent qu'il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes (voir le Tableau 4). Les enfants du groupe BP et du groupe STM ont été cotés de façon similaire quant au nombre de symptômes par catégories diagnostiques.

Comparaisons entre les genres selon les catégories diagnostiques

Étant donné la très petite proportion d'enfants ayant répondu à suffisamment de critères pour obtenir un diagnostic sur le Dominique, le nombre de symptômes pour chaque catégorie diagnostique a été utilisé pour les analyses, plutôt que la présence ou l'absence de diagnostics, pour les comparaisons par genre de l'enfant sur le Dominique.

enseignant se sont faites en huit temps distincts. D'abord, les scores des enfants aux diverses échelles du CBCL sont comparés aux normes. Deuxièmement, l'interaction entre les variables sociodémographiques des parents et les scores aux diverses échelles du CBCL sont analysés. Ensuite, les échelles du CBCL sont dichotomisées. L'enfant est coté soit dans la zone normale, soit dans la zone clinique (inclut la zone sous-clinique). Tous les scores au-delà du 95^e percentile sont considérés dans la zone clinique (score $T > 67$). Les résultats sont présentés pour chaque informateur (mère, père et enseignant). L'analyse utilisée pour évaluer le degré de signification des différences quant aux proportions d'enfants ayant obtenu des cotes dans les zones cliniques des échelles du CBCL est le khi-carré. Dans un quatrième temps, les comparaisons ont été effectuées, à l'aide du test t , sur les scores bruts moyens obtenus aux échelles du CBCL. Les scores bruts ont été utilisés plutôt que les scores T selon la recommandation d'Achenbach (1991). Ensuite, des comparaisons par genre de l'enfant ont été faites sur chaque échelle du CBCL, avec l'analyse de khi-carré pour les proportions d'enfants ayant reçu un score dans la zone clinique et avec le test t pour les scores bruts moyens. Sixièmement, des corrélations de Pearson ont été effectuées entre les scores bruts moyens obtenus par les enfants des deux groupes aux échelles du CBCL et l'âge de l'enfant, permettant ainsi de vérifier la présence d'un lien entre ces variables. Enfin, des analyses de variance ont permis de mesurer la présence ou l'absence d'effet d'interaction entre le genre, l'âge et le groupe d'appartenance sur les scores bruts des échelles du CBCL, version parent et enseignant.

Par ailleurs, étant donné le nombre élevé de comparaisons effectuées pour chaque échelle du CBCL, deux options ont été envisagées.

La première consistait à faire des corrections de Bonferroni. Cependant, étant donné que le nombre d'échelles varie d'un informateur à l'autre et que certains groupes de sous-échelles étaient analysés séparément, l'application de la correction de Bonferroni devenait difficile à appliquer et à interpréter. Par souci de rigueur mais aussi de simplicité, nous avons décidé d'adopter la deuxième option, c'est-à-dire que le seuil de signification pour les analyses a été établi à $p \leq .01$. Toutes les comparaisons ayant un seuil de signification entre .05 et .01 seront considérées comme une tendance significative mais non comme une différence significative.

Comparaisons des enfants des groupes BP et STM avec les normes

Les scores bruts moyens obtenus par les enfants des groupes BP et STM ont été comparés avec les normes du CBCL. Les enfants du groupe STM ont été comparés à l'échantillon normatif de la population générale. Il apparaît que les enfants du groupe STM ont des scores bruts moyens plus bas que l'échantillon normatif sur toutes les échelles de problèmes et les échelles combinées du CBCL, version parent et enseignant. Sur les échelles de compétences, les enfants du groupe STM obtiennent des scores bruts moyens équivalents à ceux des enfants de l'échantillon normatif de la population générale. Par ailleurs, lorsque les enfants du groupe BP sont comparés aux enfants de l'échantillon normatif de la population générale, ils reçoivent des scores bruts moyens plus élevés sur toutes les échelles de problèmes et les échelles combinées. Sur les échelles de compétences, leurs scores bruts moyens sont plus bas que ceux des enfants de l'échantillon normatif de la population générale. Par contre, lorsqu'ils sont comparés à l'échantillon normatif d'enfants référés à des

