

2m11.2842.5

Université de Montréal

**Liens prospectifs entre les dimensions de la personnalité  
et les problèmes d'adaptation ultérieurs  
chez les adolescents**

Par

Martin Dumais

Département de psycho-éducation

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès science (M.Sc.)  
en psycho-éducation

avril 2000

© Martin Dumais, 2000



LB

1055

U54

2000

V.005

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

**Liens prospectifs entre les dimensions de la personnalité  
et les problèmes d'adaptation ultérieurs  
chez les adolescents**

présenté par

Martin Dumais

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Président-rapporteur: Marc Le Blanc

Directeur de recherche: Frank Vitaro

Membre du jury: René Carbonneau

Mémoire accepté le: 01-05-2000

## Sommaire

L'objectif général de ce mémoire est d'identifier le rôle de la personnalité dans la manifestation des troubles dépressifs (trouble dépressif majeur et trouble dysthymique) et des troubles perturbateurs (trouble des conduites et trouble oppositionnel avec provocation) dans un échantillon d'adolescents québécois. Les données utilisées proviennent d'une étude longitudinale où les mêmes enfants sont suivis de six à 12 ans. Les informations relatives aux troubles dépressifs et perturbateurs ont été recueillies lorsque les adolescents avaient 15 ou 16 ans. Les facteurs de risque à l'étude comprennent trois grandes dimensions de la personnalité selon Cloninger (1987). Ces trois dimensions sont la recherche de la nouveauté, l'évitement de la douleur et la dépendance envers les récompenses sociales. Leur mesure repose sur l'évaluation du comportement des enfants réalisée par les enseignants entre l'âge de six et 12 ans. Ce projet comporte deux volets. Le premier traite de la comorbidité entre les troubles dépressifs et les troubles perturbateurs. Le deuxième traite des dimensions de la personnalité de Cloninger (1987) susceptibles d'expliquer cette possible comorbidité. Les résultats de la présente étude suggèrent qu'il est possible d'utiliser les dimensions de la personnalité pour distinguer prospectivement les adolescents aux prises avec divers problèmes de santé mentale. Il reste toutefois à clarifier la situation des sujets aux prises avec une double problématique qui, à la lumière des résultats actuels, ne semblent se distinguer sur aucune dimension de la personnalité au cours de l'enfance et de la pré-adolescence.



## Table des matières

Sommaire.....	III
Table des matières.....	IV
Liste des tableaux.....	VIII
Liste des figures.....	XI
Remerciements.....	XII
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
Problèmes de terminologie et d'ordre méthodologique.....	3
Problèmes de terminologie.....	3
Problèmes méthodologiques.....	3
Description des troubles dépressifs.....	4
Trouble dépressif majeur.....	4
Trouble dysthymique.....	5
Description des troubles perturbateurs.....	5
Trouble des conduites.....	5
Trouble oppositionnel avec provocation.....	5
Évolution de l'étude de la comorbidité.....	5
Évaluation du degré de comorbidité.....	5
Recherche des sources de la comorbidité.....	6
Comorbidité.....	7
Co-occurrence des troubles dépressifs.....	7
Co-occurrence des troubles perturbateurs.....	9
Comorbidité entre les troubles dépressifs et perturbateurs.....	9
Échantillons de la population générale.....	10
Échantillons cliniques.....	11
Enjeux cliniques et théoriques.....	11

Étude de la comorbidité.....	12
Précurseurs des troubles.....	13
L'importance de l'étude de la comorbidité.....	14
Facteurs de risque d'ordre personnel: les traits de personnalité.....	15
Une étude innovatrice.....	16
Dimensions de la personnalité de Cloninger.....	17
Études longitudinales de la personnalité et des troubles mentaux.....	18
L'état des connaissances actuelles.....	19
Les manques à combler.....	20
L'apport des difficultés socio-économiques.....	21
Questions de recherche.....	21
Méthode.....	22
Participants.....	22
Procédure.....	23
Prévalence et comorbidité à 15-16 ans.....	24
Concordance entre les deux informateurs.....	24
Évaluations psychologiques des adolescents.....	26
Sujets ayant des données complètes.....	26
Attrition.....	28
Diagnostics selon le sexe des sujets.....	28
Différentes combinaisons comorbides entre les diagnostics.....	29
Instruments de mesure.....	30
Évaluation des dimensions de la personnalité.....	30
Statut socio-économique.....	32

Évaluation des problèmes de santé mentale.....	33
Résultats.....	34
Analyses préliminaires.....	34
Comorbidité entre les troubles perturbateurs et dépressifs.....	34
Vérification de l'importance du SSE comme variable de contrôle.....	36
Postulats de la MANOVA.....	37
Associations des dimensions de la personnalité aux troubles perturbateurs et dépressifs.....	38
MANOVA sur les dimensions de la personnalité.....	38
Série d'ANOVA (F univariés).....	39
Évitement de la douleur.....	39
Dépendance envers les récompenses et recherche de la nouveauté.....	41
Évitement de la douleur.....	39
L'importance du sexe dans la manifestation des troubles mentaux.....	44
Résumé des résultats.....	45
Discussion.....	46
Co-occurrence et comorbidité.....	47
Co-occurrence.....	47
Comorbidité.....	49
L'apport des dimensions de la personnalité dans l'explication des troubles mentaux.....	51
Données longitudinales sur la personnalité.....	52
Enfance.....	53
Pré-adolescence.....	54

Facteurs de risque d'ordre personnel.....	57
Forces et limites de l'étude.....	63
Forces.....	63
Limites.....	64
Conclusion.....	64
Références.....	65
Appendice A- Critères diagnostiques des problèmes de santé mentale à l'étude.....	80
Appendice B- Items du QECS, sélectionnés pour représenter les dimensions de la personnalité de Cloninger (1987).....	87

**Liste des tableaux**

Tableau 1: Critères diagnostiques du trouble dépressif majeur selon le DSM-III-R.....	81
Tableau 2: Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-III-R.....	82
Tableau 3: Critères diagnostiques du trouble dysthymique selon le DSM-III-R.....	84
Tableau 4: Critères diagnostiques du trouble des conduites selon le DSM-III-R.....	85
Tableau 5: Critères diagnostiques du trouble oppositionnel avec provocation selon le DSM-III-R.....	86
Tableau 6: Trois modèles explicatifs de la comorbidité entre les troubles dépressifs et les troubles perturbateurs.....	13
Tableau 7: Caractéristiques des dimensions de la personnalité de Cloninger (1987) selon leur prépondérance chez un individu.....	18
Tableau 8: Résumé des résultats des différentes études qui comparent deux groupes diagnostiques ou plus.....	20

Tableau 9: Distribution des participants selon le temps de mesure et le sexe.....	23
Tableau 10: Concordance diagnostique entre les deux répondants (parent et adolescent).....	25
Tableau 11: Diagnostics agrégés valides pour les 3017 sujets selon le sexe à l'âge de 15-16 ans.....	27
Tableau 12: Diagnostics agrégés valides pour les 1597 sujets selon le sexe à l'âge de 15-16 ans.....	27
Tableau 13: Items du QECS sélectionnés pour représenter les dimensions de la personnalité de Cloninger (1987).....	88
Tableau 14: Distribution des participants dans les quatre groupes en fonction du sexe.....	35
Tableau 15: Corrélations entre les dimensions de la personnalité (SSE inclu) au temps 1 et 2 pour l'échantillon total .....	36
Tableau 16: Résultats de la MANOVA multivariée à mesures répétées sans les résultats de la variable sexe.....	39
Tableau 17: Moyennes et écarts types de l'évitement de la douleur aux temps 1 et 2 selon les différents groupes et le sexe.....	40

Tableau 18: Moyennes et écarts types pour la dépendance envers les récompenses et la recherche de la nouveaueté selon les différents groupes et le sexe.....	41
Tableau 19: Résultats de la MANOVA multivariée à mesures répétées comprenant la variable sexe.....	44
Tableau 20: Caractéristiques de la personnalité des différents groupes diagnostiques.....	56
Tableau 21: Tableau synthèse des caractéristiques de la personnalité à la pré-adolescence selon le degré de présence pour les différents groupes diagnostiques.....	57
Tableau 22: Résumé des résultats des différentes études qui comparent deux groupes diagnostiques ou plus.....	58

**Liste des figures**

Figure 1:	Score de dépendance envers les récompenses et de recherche de la nouveauté selon le groupe diagnostique.....	43
-----------	--	----



## Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche, Frank Vitaro, pour son aide et ses conseils, pour le temps qu'il a consacré à cette étude et particulièrement pour la confiance qu'il a su me témoigner. Je tiens à remercier aussi toute l'équipe du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale (GRIP) de l'Université de Montréal, sans quoi la présente étude n'aurait pas eu lieu. Je pense plus précisément à Nathalie Fréchette et à Muriel Rorive. Merci également aux enseignants et aux Commissions scolaires du Québec qui ont collaboré à cette cueillette de données qui s'est échelonnée de 1986 à 1996.

L'étude longitudinale à la base des travaux présentés dans ce mémoire a été appuyée par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS; Santé Canada) et par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS; Ministère de la Santé et des Services Sociaux).

Plusieurs personnes de mon entourage m'ont également apporté leur support au cours de mes années d'études en maîtrise. Ce support m'a été d'une grande importance. Entre autres Lise, Julien, Nathalie, Caroline et Jean-François. Merci à chacun de vous et à ceux que je n'ai pas nommés. Je voudrais également remercier ma famille pour les encouragements soutenus, l'aide et le support indispensables qu'ils m'ont apportés pendant mes études.

Finalement, je ne pourrais passer sous silence l'importance du soutien moral et affectif que ma copine, Éveline, m'a accordé tout au long de mon cheminement personnel et professionnel.

## Introduction

Cette recherche s'inscrit dans un objectif général d'identification des liens prospectifs entre les dimensions de la personnalité et les problèmes d'adaptation ultérieurs chez les adolescents.

Plusieurs études épidémiologiques documentent la présence de troubles dépressifs (i.e. le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique) et de troubles perturbateurs (i.e. le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation) chez certains individus au cours de l'adolescence. Récemment, leur comorbidité (i.e. la coexistence de deux troubles distincts ou plus chez un même individu) a commencé à attirer l'attention de certains chercheurs (Angold & Costello, 1993; Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991; Fleming & Offord, 1990; Zoccolillo, 1992). Toutefois, la question des facteurs associés à cette comorbidité élevée a été peu étudiée.

Les études réalisées jusqu'à maintenant nous emmènent à la conclusion que l'avancement des connaissances nécessite une étude longitudinale, avec un échantillon représentatif de la population qui évalue les problèmes de santé mentale et la personnalité des individus à différents moments de leur développement. Malgré leur grande importance aux plans théorique et clinique, les résultats des études sur la comorbidité des TP et des TD reposent sur de petits échantillons qui proviennent majoritairement de milieux cliniques. De plus, ces résultats ne sont pas sans équivoque. Par conséquent, une réplication de ces recherches s'avère importante, avec des échantillons plus nombreux et représentatifs de la population générale. La présente étude devrait permettre de combler en partie ces lacunes.

Il s'agit d'une étude longitudinale ayant comme échantillon représentatif 3017 enfants qui fréquentaient les classes de maternelle dans les écoles du Québec au printemps 1987. De l'âge de six à 12 ans les professeurs ont été contactés annuellement pour remplir un questionnaire concernant les élèves et ils ont rempli ces questionnaires auto-administrés. Lorsque les élèves avaient 15 ou 16 ans des entrevues cliniques standardisées et administrées par des assistants de recherche, entraînés pour évaluer les problèmes dépressifs et perturbateurs, ont eu lieu.

Ce travail se divise en six parties: la première partie recense dans la littérature, les données pertinentes à la formulation des questions de recherche. La seconde partie décrit l'expérience réalisée pour répondre aux questions de recherche. La troisième partie présente et analyse les résultats de recherche. La quatrième partie interprète les résultats obtenus. La cinquième partie présente les forces et les limites de l'étude. La sixième partie enfin, présente la conclusion finale.

### **Contexte théorique**

Cette partie présente le contexte théorique et expérimental de la recherche. Il y sera abordé successivement les problèmes de terminologie et d'ordre méthodologique, la description des troubles dépressifs, la description des troubles perturbateurs, l'évolution de l'étude de la comorbidité, la comorbidité, l'étude de la comorbidité, les traits de personnalité comme facteurs de risque d'ordre personnel, l'apport des difficultés socio-économiques et les questions de recherche.

## **Problèmes de terminologie et d'ordre méthodologique**

**Problèmes de terminologie.** Les différentes terminologies utilisées pour désigner les troubles rendent difficile le rassemblement des connaissances sur le sujet. Ainsi, pour désigner le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation les termes troubles extériorisés, de comportements agressifs ou comportements antisociaux sont souvent utilisés. Pour le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique, on réfère aux troubles affectifs, intériorisés ou émotifs.

**Problèmes méthodologiques.** De plus, avant d'aborder les problèmes reliés à la comorbidité, on doit soulever certaines questions méthodologiques qui se posent dans l'étude de ce phénomène. D'abord, les recherches menées jusqu'à maintenant se sont majoritairement concentrées sur des échantillons cliniques, et peu est connu sur l'étude de la comorbidité dans des échantillons représentatifs de la population générale (Nottelmann & Jensen, 1995). En règle générale, les participants proviennent de cliniques externes ou de centres de traitement pour adolescents, ce qui diminue grandement la représentativité des résultats (pour la population générale). Par exemple, les adolescents avec une double problématique (i.e. les cas comorbides) ont plus tendance à consulter ou à être référés pour de l'aide psychosociale que les adolescents avec un problème unique, d'où leur présence plus nombreuse dans les milieux de traitement (Effet de Berkson<sup>1</sup>; Berkson, 1946).

---

<sup>1</sup> Les individus avec une psychopathologie multiple ont une plus grande probabilité d'être référés que les jeunes avec une seule problématique parce que la probabilité de consultation relève des probabilités combinées pour chaque condition séparément.

Il y a aussi plusieurs différences dans la façon de mesurer ces troubles. Les chercheurs parlent de symptômes, d'épisodes ou de diagnostics et ces concepts ou construits sont évalués avec différents instruments de mesure. Bref, l'intensité des troubles est souvent évaluée différemment selon les études et la définition opérationnelle utilisée varie beaucoup d'une étude à l'autre.

Dans la présente recherche, nous ne nous attarderons qu'aux études dont les participants ont été diagnostiqués conformément aux critères de la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987)*. Cette décision s'appuie sur le fait que le système conceptuel est de plus en plus endossé par la communauté scientifique et clinique. Des tableaux des différents critères du DSM-III-R, servant à déterminer un diagnostic des troubles dépressif ou perturbateur, sont présentés en appendice A. Nous jugeons donc nécessaire d'établir clairement la définition des troubles dépressifs (TD) et des troubles perturbateurs (TP) en fonction des critères du *DSM-III-R*.

### **Description des troubles dépressifs (TD)**

**Trouble dépressif majeur.** Le trouble dépressif majeur (TDM) est caractérisé par deux ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (au moins cinq symptômes sur neuf doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes doit être soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir), chacun séparé par un retour plus ou moins complet d'au moins deux mois au fonctionnement habituel.

**Trouble dysthymique.** Le trouble dysthymique (TDY) est caractérisé par une humeur dépressive (pouvant se traduire par de l'irritabilité chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée. La majeure partie du temps, l'humeur dépressive est signalée par le sujet ou observée par les autres, pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur (doit présenter au moins deux des six symptômes).

### Description des troubles perturbateurs (TP)

**Trouble des conduites.** Le trouble des conduites (TC) est caractérisé par un ensemble de conduites dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet (doit présenter au moins trois des neuf critères).

**Trouble oppositionnel avec provocation.** Les personnes qui sont diagnostiquées comme ayant le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) sont caractérisées par un ensemble de conduites négatives, hostiles et provocatrices (doit présenter au moins cinq des neuf critères).

L'étude de la comorbidité a beaucoup progressé récemment, mais elle n'en est encore qu'à ses débuts. Une revue de l'évolution de l'étude de la comorbidité est nécessaire pour situer où en sont les connaissances.

### Évolution de l'étude de la comorbidité

**Évaluation du degré de comorbidité.** Depuis la parution du *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) et du *DSM-III-R*, les cliniciens et chercheurs ont montré un intérêt grandissant pour la comorbidité des différents troubles mentaux chez les adolescents. Ainsi, Kendall et Clarkin (1992) considèrent la comorbidité comme étant le premier défi pour les

spécialistes en santé mentale. En fait, la plupart des études en santé mentale du début des années 1990 se sont données comme objectif de déterminer l'importance relative de la comorbidité et de l'évaluer. Le rassemblement de ces connaissances nous amène à la conclusion qu'il y a deux types de troubles qui sont souvent comorbides; il s'agit des troubles perturbateurs (TP) et des troubles dépressifs (TD) (Zoccolillo, 1992). Nottelmann et Jensen (1995) ont publié un texte sur la comorbidité de ces troubles chez les enfants et les adolescents qui résume bien les patrons de comorbidité dans la population. Cette recension de la littérature scientifique suggère que la comorbidité varie entre 20% et 60% pour les troubles dépressifs et perturbateurs dans les échantillons représentatifs.

**Recherche des sources de la comorbidité.** Après avoir établi l'importance de la comorbidité entre différents troubles, l'étape suivante consiste à trouver les raisons qui expliquent cette association. Quelques études qui ont mis en relation différentes variables ont été réalisées dans le but de connaître les facteurs spécifiques et communs des différents troubles. Fergusson, Lynskey et Horwood (1996) résument bien l'état actuel des connaissances sur la comorbidité entre les TP et les TD. Ils en viennent à la conclusion qu'il n'y a aucune évidence causale entre les deux types de troubles, mais qu'il reste maintenant à déterminer si l'explication de la comorbidité réside dans des facteurs antécédents ou plutôt d'un syndrome commun. Ainsi, les chercheurs se sont tournés vers l'étude des différents facteurs de risque qui peuvent être associés à la présence d'un trouble particulier ou de ces deux troubles présents simultanément.

La comorbidité entre les TD et les TP est connue à différents niveaux et pour différents échantillons.

### **Comorbidité**

Tel que mentionné avant, plusieurs auteurs ont étudié la comorbidité avec des échantillons cliniques. Par contre, comme l'indiquent Nottelmann et Jensen (1995), dû au biais de référence (d'échantillonnage), les patrons de comorbidité devraient idéalement être examinés dans la population générale. Cependant, peu d'études ont utilisé un échantillon représentatif de la population afin d'étudier cette question.

Avant d'aborder le problème de la comorbidité entre les troubles perturbateurs (TP) et les troubles dépressifs (TD) dans la population générale, il importe de montrer que les deux TP d'une part, et les deux TD d'autre part, ont une co-occurrence élevée, ce qui autoriserait à les combiner l'un avec l'autre dans des études ultérieures. La prochaine section traite donc de la co-occurrence entre le TDM et le TDY d'une part, et entre le TC et le TOP d'autre part.

***Co-occurrence des troubles dépressifs.*** Fleming et Offord (1990), dans leur revue de l'épidémiologie sur la dépression à l'adolescence, identifient seulement deux études sur six (Kashani et al., 1987; McGee & Williams, 1988) entre les années 1980 et 1989 qui incluent des données sur la co-occurrence entre les deux types de troubles (TDM et TDY). Chicchetti et Toth (1998) mentionnent que les auteurs ont tendance à ne parler que des TD globalement (TDM et TDY) et que la co-occurrence entre le TDM et le TDY est très peu documentée dans les échantillons non cliniques, particulièrement à l'adolescence. Par contre, certaines études récentes, notamment celles utilisant les données de *l'Oregon Adolescent Depression Project (OADP)* montrent des résultats très pertinents. Les études sont résumées par Lewinsohn, Rohde et Seeley (1998). Ceux-ci ont examiné la



co-occurrence de la dépression dans un échantillon représentatif d'adolescents de 14 à 18 ans ( $n=1\ 710$ ) et plusieurs points ressortent de cette recension. Ces chercheurs concluent principalement que le TDY à l'adolescence est beaucoup moins présent que le TDM, et que le TDY pur est relativement rare. Ceux-ci mentionnent qu'approximativement la moitié (42%) des adolescents qui présentent un TDY ont aussi un TDM. Par contre, seulement 7% des adolescents avec un TDM présentent un TDY. En ce qui concerne le sexe des adolescents pour l'association entre les deux troubles, il n'y a aucune différence significative.

Dans les cas du double diagnostic dépressif (TDM et TDY), le TDY précède presque toujours le TDM (91% des cas). Ces résultats reproduisent les conclusions de Kovacs et al. (1984) avec un échantillon clinique et suggèrent que le TDY pourrait agir comme précurseur au TDM. Dans les échantillons cliniques, environ 75% des individus avec un TDY ont éprouvé durant leur vie un TDM (Keller et al., 1995). De plus, il y aurait environ 29% des individus avec un TDY qui auraient vécu un TDM (Klein et al., 1998). Bref, l'état des connaissances suggère que ces deux TD présentent une co-occurrence élevée. De plus, autant dans les échantillons cliniques que représentatifs de la population, le TDM se présente deux fois plus souvent chez les filles que chez les garçons (Fleming & Offord, 1990; Lewinsohn, Clark, Seeley, & Rohde, 1994). Chicchetti et Toth (1998) dressent quant à eux un portrait global de la situation des TD chez les adolescents dans une recension des écrits qui fait état de l'épidémiologie et des caractéristiques cliniques des adolescents ayant un TDM ou deux TD en co-occurrence. Par contre, ils ne s'intéressent pas aux TP.

**Co-occurrence des troubles perturbateurs.** En ce qui concerne la co-occurrence des deux TP considérés dans cette étude (TC et TOP), Cohen (1993; dans Nottelmann & Jensen, 1995) observe que 60% des individus avec un TC ( $n=89$ ) présentent aussi un TOP et que 47% de ceux avec un TOP ( $n=11$ ) présentent aussi un TC. Des taux de co-occurrence encore plus élevés entre ces deux troubles ont été observés (ex: 95% à 100%) dans des échantillons cliniques (McBurnett et al., 1991; Walker et al., 1991; Schachar & Wachsmuth, 1990). Face à cette co-occurrence élevée, certains chercheurs se sont demandé s'il ne s'agissait pas d'un syndrome général de problèmes de comportement ou de déviance (Benda & Corwyn, 1998). Une méta-analyse récente de 44 recherches publiées portant sur un total de 28 401 enfants et adolescents âgés de cinq à 18 ans (Frick et al., 1993) procure un développement dans la compréhension de la co-occurrence entre le TC et le TOP. Dans cette méta-analyse, la co-occurrence élevée entre les différents TP (les auteurs ne donnent pas de pourcentage) a permis la mise au point d'un système diagnostique alternatif au *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994).

Globalement, les recherches que nous avons présentées suggèrent que la co-occurrence entre les deux TP est assez élevée. Maintenant, observons la comorbidité entre les TP et les TD dans des échantillons de la population et dans des échantillons cliniques.

**Comorbidité entre les troubles dépressifs et perturbateurs.** Comme il a été mentionné précédemment, il y a très peu d'études longitudinales qui portent sur le cours et les prédicteurs des troubles comorbides auprès d'échantillons non-cliniques (Nottelmann & Jensen, 1995). Ce texte passera donc en revue les études utilisant un échantillon de la population générale qui portent sur la comorbidité entre les TP et les TD.

**Échantillons de la population générale.** La comorbidité entre les TD (réunissant les TDM et les TDY) et les TP (réunissant les TC et les TOP) est presque aussi élevée que la co-occurrence des deux TD entre eux ou les deux TP entre eux. Selon la recension de Hinden, Compas, Howell et Achenbach (1997), les taux de comorbidité entre les TD et les TP varient entre 20% et 60% selon les études. D'autres auteurs soutiennent même que ces pourcentages sont souvent plus élevés. Ainsi, chez les adolescents ayant un TD, 44% (Cohen, 1993; dans Nottelmann & Jensen, 1995) à 82,2% (Bird, Gould, & Staghezza, 1993) ou même 100% (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987) ont aussi un TC ou un TOP. Nottelmann et Jensen (1995) dans leur article synthèse sur la comorbidité chez les adolescents ont fait un bref résumé des études longitudinales qui avaient comme sujet principal le cours et les prédicteurs des troubles comorbides dans des échantillons non-cliniques. Selon ces auteurs, il y aurait respectivement 23,6% et 23,7% des adolescents ayant un TC ou un TOP qui auraient aussi un TDM. Lorsqu'il y a comorbidité, le TDM se développe ensuite dans 80% des cas. Étant donné le haut degré de comorbidité, d'autres études sur les facteurs de risque pour le TDM pur et comorbide avec un TP sont nécessaires. Plusieurs variables qui sont considérées comme étant associées à la dépression peuvent en fait être des facteurs de risque également associés à des TP. La présence de plusieurs de ces facteurs de risque communs pourrait expliquer la présence simultanée des deux troubles (i.e. la comorbidité) (Blazer, Keeler, McGonagle, & Swartz, 1994; Lewinsohn, Gotlib, & Seeley, 1997).

Dans les échantillons représentatifs, Bird et al. (1988) montrent que 22.9% des TC/TOP avaient un trouble comorbide de dépression. Dans leur étude (étude du Dunedin), McGee, Williams, Partridge, Silva et Kelly (1990) rapportent que 15.3% des adolescents de 15 ans avec un diagnostic de

TOP ou TC ont un TDM comorbide (odds ratio=5,8;  $p < .001$ ). Toujours dans l'étude de Dunedin, le pourcentage de comorbidité augmente à 25% à l'âge de 18 ans (Feehan, McGee, & Williams, 1993). Fergusson, Horwood et Lynksey (1993) rapportent des données similaires dans l'étude de Christchurch; les adolescents de 15 ans, qui présentent un lien entre TOP/TC, ont quatre fois plus de chance de développer un trouble de l'humeur (odds ratio=4,3;  $p < .05$ ).

**Échantillons cliniques.** Pour les échantillons cliniques, différents taux de comorbidité entre le TC et le TDM ont été rapportés. Kovacs, Paulauskas, Gatsonis et Richards (1988) observent que 16% de leur échantillon d'adolescents référés avaient un TC et un TDM. En comparaison, Harrington, Fudge, Rutter, Pickles et Hill (1991) trouvent que 27,7% des sujets d'un échantillon clinique dépressif ont aussi un TC. Le pourcentage de filles avec un TDM ayant un TC était de 31% dans l'étude de Zoccolillo et Rogers (1991). Vu le pourcentage de comorbidité assez élevé, il importe de connaître les enjeux de ce phénomène.

**Enjeux cliniques et théoriques.** Il y a plusieurs enjeux et retombées théoriques et cliniques d'une comorbidité élevée chez un adolescent. Une meilleure connaissance des facteurs de risque communs permettrait un dépistage précoce des adolescents à risque d'une double problématique ou d'une problématique unique. De plus, tel que recommandé par de nombreux « préventionnistes » (Coie et al, 1993), cette connaissance permettrait aussi de cibler les facteurs de risque communs à plusieurs problématiques, dans nos efforts de prévention. Tout cela dans le but de maximiser les retombées de tels efforts et de prévenir ou de remédier à plusieurs problématiques à la fois. C'est la conclusion qui ressort des analyses

coûts-bénéfices des efforts curatifs dans le domaine de la santé mentale comme dans celui de la santé physique (Cohen, 1998). Les adolescents avec un TD et un TP ont un pronostic plus sombre que les adolescents avec des troubles ou des problèmes dans une seule catégorie (e.g., Fleming, Boyle, & Offord, 1993; Verhulst & Van der Ende, 1993). Dans l'étude de Fleming et al. (1993) par exemple, les adolescents avec un diagnostic double de TDM et de TC avaient, quatre ans plus tard, un plus haut taux d'abus ou de dépendance à l'alcool et aux drogues et un plus haut taux de TDM, de TDY et de trouble d'anxiété généralisé, que chez ceux avec une problématique simple de TDM ou de TC. Dans la même veine, Lewinsohn et al. (1998) concluent que les adolescents aux prises avec une double problématique affichent plus de problèmes académiques, utilisent plus de services en santé mentale et font plus de tentatives de suicide. Ils montrent également une détérioration considérable de leur fonctionnement psychosocial et voient leurs conflits avec les parents augmenter en comparaison avec ceux qui ont une problématique simple.

Le degré élevé de comorbidité a fait naître le besoin d'étudier le phénomène et de connaître les précurseurs des différents troubles. C'est ce que l'on nomme l'étude de la comorbidité.

### **Étude de la comorbidité**

Vu la comorbidité élevée et la grande diversité dans les résultats obtenus, on en est maintenant rendu à clarifier les précurseurs des divers troubles dépressifs (TD) et troubles perturbateurs (TP). Quelques auteurs ont discuté, de façon critique, des différentes significations que peut prendre la comorbidité entre les TP et les TD (Caron & Rutter, 1991; Fergusson et al., 1996). Trois perspectives théoriques sont proposées pour rendre compte de

la comorbidité; (a) la co-occurrence de troubles indépendants, (b) des troubles différents partageant des causes communes et (c) des troubles différents ayant une relation causale entre eux (Fergusson et al., 1996). Les trois modèles explicatifs de la comorbidité entre les TD et les TP sont présentés au tableau 6. Fergusson et al. (1996) ont étudié l'origine de la comorbidité entre les TD et les TP et en viennent à la conclusion qu'il n'y avait aucune évidence empirique permettant d'inférer un lien causal entre les deux types de trouble. Ces résultats corroborent ceux de plusieurs études antérieures (Angold & Costello, 1993; Zoccolillo, 1992).

**Tableau 6**

Trois modèles explicatifs de la comorbidité entre les troubles dépressifs et les troubles perturbateurs.

- 
1. Facteurs antécédents communs:
    - Les facteurs de risque pour un trouble sont les mêmes que pour l'autre trouble.
    - Les facteurs de risque sont apparemment différents mais corrélés.
  2. Relation causale directe:
    - Les troubles perturbateurs peuvent être une cause directe des troubles dépressifs.
    - Les troubles dépressifs peuvent être une cause directe des troubles perturbateurs.
    - Les deux troubles sont liés de façon réciproque de sorte que la présence des troubles perturbateurs influence les risques des troubles dépressifs et, en même temps, la présence de troubles dépressifs influence les risques des troubles perturbateurs.
  3. Syndrome commun:
    - Un individu avec un trouble comorbide présente un syndrome spécifique des troubles perturbateurs/troubles dépressifs qui est différent d'un trouble perturbateur ou d'un trouble dépressif isolé.
    - La comorbidité résulte de la vulnérabilité généralisée d'un individu aux différents troubles psychiatriques.

---

Note. Traduction libre de Fergusson et al. (1996).

**Précurseurs des troubles.** Au delà des conclusions de Fergusson et al. (1996), il reste à savoir si des facteurs communs ou un syndrome commun expliquent la comorbidité entre les TP et les TD. De plus, comme nous connaissons un bon nombre de variables associées à ces troubles, les chercheurs devraient adopter une perspective centrée sur les individus (i.e.

person-oriented) plutôt que centrée sur les variables (i.e. variable-oriented) comme celle adoptée par Fergusson et al. (1996) (voir aussi Cairns & Rodkin, 1998; Magnusson, 1998). Une autre étude récente de Benda et Corwyn (1998) étudie la possibilité d'identifier un syndrome de la déviance selon lequel les différentes manifestations (troubles de comportements, consommation de drogues, délinquance) devraient être analysées et traitées comme un seul problème ou trait. Plusieurs études longitudinales permettent d'observer que certains individus présentent un syndrome de déviance ou de problèmes de comportement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte (par exemple Elliott, Huizinga, & Menard, 1989; Jessor & Jessor, 1977; Le Blanc & Girard, 1995; Loeber et al., 1998; McGee & Newcomb, 1992; Osgood, Johnston, O'Malley, & Bachman, 1988). Par contre, les résultats de Benda et Corwyn (1998) n'appuient pas cette hypothèse selon laquelle ce trait représente une tendance générale à la psychopathologie ou à un type de psychopathologie.

Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa et Turbin (1995) viennent nuancer l'hypothèse d'une vulnérabilité générale, par l'identification de certains facteurs de protection qui influencent le développement d'un tel trait. D'après ces auteurs, il faut tenir compte des différentes directions que peut prendre l'étude de la psychopathologie du développement dans l'étude de la comorbidité.

***L'importance de l'étude de la comorbidité.*** Ces différents aspects seront explorés dans le présent mémoire par le biais de l'étude des traits de personnalité associés prospectivement au développement conjoint ou unique des TD et des TP. Comme l'explique Caron et Rutter (1991), l'étude de la comorbidité est essentielle puisqu'on risque de tirer des conclusions

trompeuses en ne prenant pas en considération ce phénomène. Le fait d'évaluer des individus pour un seul trouble est risqué puisqu'on ignore le fait que ces derniers peuvent présenter plusieurs problèmes mentaux. De plus, afin d'étudier adéquatement le développement de l'individu ou des psychopathologies, il est préférable d'employer des études longitudinales prospectives avec des données sur les mêmes individus à différents moments de leur développement (Loeber & Farrington, 1994).

Il est parfois dit que les facteurs de risque sont d'ordre personnel et qu'ils sont plus particulièrement des traits de personnalité.

#### **Facteurs de risque d'ordre personnel: les traits de personnalité**

Plusieurs études permettent de croire que les caractéristiques individuelles (la personnalité en particulier) sont associées, du moins en partie, à l'apparition et au développement de certains symptômes (Block, 1991; Capsi 1998). Plusieurs chercheurs ont tenté de prédire les troubles perturbateurs (TP) et les troubles dépressifs (TD) à partir d'une longue liste de prédicteurs d'ordre personnel. Par exemple pour les TD, Block (1991) montre qu'il est possible de prédire le TDM à partir de certains traits de personnalité comme des problèmes précoces d'anxiété, de retrait social, de réactivité émotionnelle, de timidité, d'agressivité, d'hyperactivité, de problèmes d'attention et de lacunes au plan des habiletés sociales. Rappelons que les liens entre les facteurs de risque d'ordre personnel (qui renvoient au comportement et au tempérament) et les TD ultérieurs peuvent varier selon le sexe des sujets et le type particulier de problème (Gladstone, Kaslow, Seeley, & Lewinsohn, 1997).



Une étude récente de Tranah, Harnett et Yule (1998) montre que les individus avec un TC présentent des résultats plus élevés à l'échelle d'impulsivité et de psychotisme d'Eysenck que les sujets sans trouble, alors que l'échelle d'anxiété ne permet pas de différencier les deux groupes. Ces résultats ainsi que la démarche par laquelle ces chercheurs ont combiné les théories de Eysenck et Eysenck (1969), Gray (1987) et Quay (1988) pour en tirer des hypothèses, méritent d'être cités ici. Tranah et al. (1998) ont combiné les prédictions des différents théoriciens de la personnalité pour en tirer certaines hypothèses: (1) pour la recherche de la nouveauté, les individus avec un TC devraient avoir un résultat plus élevé que les sujets normaux; (2) pour l'évitement de la douleur, les TC et les sujets normaux devraient présenter des résultats normatifs et, (3) pour la dépendance envers les récompenses, les TC devraient avoir un résultat plus élevé que les normaux. Les résultats de Tranah et al. (1998) confirment leurs hypothèses: les sujets avec un TC avaient un résultat plus élevé sur l'échelle de recherche de la nouveauté et sur l'échelle de la dépendance envers les récompenses que les sujets sans TC, alors que l'échelle d'évitement de la douleur ne permettait pas de différencier les deux groupes. Par contre, cette étude comprend une faiblesse méthodologique en ce que l'échantillon final ne comportait que 40 sujets, c'est-à-dire seulement 20 sujets dans chaque groupe.

**Une étude innovatrice.** La seule étude répertoriée qui a traité des TP, des TD et de la personnalité de façon simultanée a été réalisée récemment par Herkov et Myers (1996). Ceux-ci ont étudié un groupe d'adolescents d'une unité de traitement psychiatrique. Les chercheurs arrivent à la conclusion que les adolescents uniquement dépressifs ( $n=15$ ) avaient un score plus élevé sur les échelles 2 (Dépression) et 0 (Introversion) du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) alors que les comorbides ( $n=9$ ) avaient un score significativement plus élevé sur l'échelle F

(Rareté) et 9 (Hypomanie). Cependant, la faiblesse de cette étude réside dans le fait qu'elle utilise un nombre restreint de sujets et qu'elle ne compare pas les sujets normaux avec des sujets affichant uniquement ou conjointement des TP et/ou des TD.

***Dimensions de la personnalité de Cloninger.*** Sur le plan théorique, plusieurs auteurs ont proposé des théories de la personnalité (Cloninger 1987; Eysenck, 1970; Gray, 1987) qui peuvent être mises à contribution pour tenter d'expliquer les TD, mais encore peu a été fait pour tester celles-ci selon une perspective développementale. Ce n'est toutefois pas le cas pour les problèmes perturbateurs. Par exemple, les résultats de Tremblay, Pihl, Vitaro et Dobkin (1994) suggèrent qu'il est possible de prédire le comportement antisocial à partir des trois dimensions de la personnalité proposées par Cloninger (1987), soit celle de l'évitement de la douleur, de la recherche de la nouveauté et de la dépendance envers les récompenses. Le tableau 7 présente les diverses caractéristiques des individus pour ces trois dimensions, selon qu'elles sont très ou peu présentes chez un individu. Cloninger (1987) suggère que ces dimensions de la personnalité sont considérées comme des facteurs pouvant affecter le développement de différents troubles mentaux. Les dimensions du comportement utilisées par Tremblay et al. (1994) pour, d'une part, refléter les dimensions de la personnalité selon Cloninger et, d'autre part, prédire les comportements antisociaux à l'adolescence, sont semblables à celles utilisées par Block (1991) pour prédire les TD. Celles-ci se résument à la présence de comportements hyperactifs, l'absence de problème d'anxiété et des lacunes au plan des habiletés sociales. Cette constatation permet de croire qu'il est possible de prédire les deux catégories de troubles (TP et TD) à partir des mêmes dimensions de la personnalité (ou des mêmes indicateurs de comportement sous-jacents). Comme nous l'avons mentionné précédemment, si tel est le cas, les retombées aux plans théorique et clinique seront non négligeables.

**Tableau 7**

Caractéristiques des dimensions de la personnalité de Cloninger (1987) selon leur prépondérance chez un individu.

Dimensions	Présente	
	Très	Peu
Évitement de la douleur (harm avoidance)	prudent inquiet inhibé	intrépide insouciant sans complexe
Recherche de la nouveauté (novelty seeking)	comportement explorateur facilement excité impulsif	réfléchi rigide stoïque
Dépendance envers les récompenses (reward dependance)	chaleureux sentimental persistant	entêté détaché émotionnel- lement froid

Note. Traduction libre de Cloninger (1987).

### ***Études longitudinales de la personnalité et des troubles mentaux.***

Peu d'études longitudinales comportant des données sur la personnalité des individus à différents moments de leur développement ainsi que des évaluations des TP et TD à l'adolescence sont disponibles. Dans une recension exhaustive de la recherche sur la stabilité/changement des traits de la personnalité, Capsi (1998) affirme que la stabilité ou le changement dépend principalement des aspects de la personnalité qui sont pris en considération dans les recherches, de la façon dont le changement est défini et comment il est évalué. D'un autre côté, Moss et Susman (1980) dans leur revue des études longitudinales sur le développement de la personnalité, soulignent que l'évaluation de la personnalité n'est pas facile à faire en termes de stabilité et de changement. Toutefois, ils affirment que le développement des individus implique le changement et que les comportements augmentent ou diminuent en fréquence au cours du développement. De plus, les comportements peuvent être remplacés, supplantés ou se transformer en d'autres comportements lors du développement des individus. Par exemple, Kagan (1969) propose le

concept de continuité homotypique qui réfère à la continuité de comportements ou attributs similaires au cours de la vie des individus. Le lien entre le TC à l'enfance et le trouble de personnalité antisociale à l'âge adulte est un exemple (Robins, 1978).

***L'état des connaissances actuelles.*** En considérant les études de Tranah et al. (1998), de Herkov et Myers (1996) et de Tremblay et al. (1994), nous obtenons une description des liens empiriques entre les TP et les TD d'une part, et les dimensions de la personnalité d'autre part. Le tableau 8 présente ces liens. Bien que Tranah et al. (1998) et Tremblay et al. (1994) ne considèrent que des TP, ils apportent des éléments de discussion qui pourraient aussi être utilisés dans la prédiction des TD. L'étude d'Herkov et Myers (1996) sur les cas dépressifs et comorbides perturbateurs et les profils de personnalité au MMPI sont les seuls à inclure des données sur la comorbidité. Dans cette étude, des scores élevés aux échelles de dépression et de l'introversion sociale sont reliés à la tristesse, à l'inquiétude, à la culpabilité, à une faible estime de soi, à une fatigue excessive, au pessimisme, à l'introversion et à un manque de support social. Des scores élevés aux échelles de rareté et d'hypomanie quant à eux, sont reliés au fait d'avoir beaucoup d'énergie, une estime de soi élevée, un manque d'anxiété sociale et le fait d'être quelqu'un d'optimiste.

Le regroupement des quelques recherches que nous avons présentées permet de croire que la personnalité a un lien avec la manifestation des TP et des TD. L'examen du tableau 8 met en lumière certaines lignes directrices, telle la présence d'une recherche de la nouveauté élevée pour les TP dans deux études. Pour les autres groupes diagnostiques, les résultats sont moins concordants. La présente étude permettra probablement de clarifier certaines relations.

**Tableau 8**

Résumé des résultats des différentes études qui comparent deux groupes diagnostiques ou plus.

Auteurs Mesures	Groupes diagnostiques			sans problème
	TP	TD	TP/TD	
Herkov et Myers (1996) MMPI		+ Dépression + Introversion	+ Rareté + Hypomanie	
Tremblay et al. (1994) Cloninger	+ Recherche - Évitement - Dépendance			+ Recherche - Évitement + Dépendance
Tranah et al. (1998) Eysenck	+ Recherche NS Évitement + Dépendance			- Recherche NS Évitement - Dépendance

Note. TP = Troubles perturbateurs, TD = Troubles dépressifs, TP/TD = Comorbide perturbateurs et dépressifs, Recherche = Recherche de la nouveauté, Évitement = Évitement de la douleur, Dépendance = Dépendance envers les récompenses, +/- = Degré de présence d'une dimension, NS = Non significatif

L'analyse des dimensions de la personnalité de Cloninger (1987) à l'enfance, soit de six à huit ans, et à la pré-adolescence, soit de 10 à 12 ans sont prises en considération dans la présente recherche. Cette décision est basée sur le fait que la personnalité évaluée à différents moments dans le développement des individus pourrait apporter des informations distinctes, quoique complémentaires, en regard du développement de la psychopathologie.

**Les manques à combler.** En somme, les études recensées en introduction nous emmènent à la conclusion que l'avancement des connaissances nécessite une étude longitudinale avec un échantillon représentatif de la population qui évalue les problèmes de santé mentale et la personnalité des individus à différents moments de leur développement. Malgré leur grande importance aux plans théorique et clinique, les résultats des études que nous avons présentés sur la comorbidité des TP et des TD reposent sur de petits échantillons qui proviennent majoritairement de milieux cliniques. De plus, ces résultats ne sont pas sans équivoque. Par

conséquent, une réplication de ces recherches avec des échantillons plus nombreux et représentatifs de la population générale s'avère nécessaire. La présente étude devrait permettre de combler en partie ces lacunes.

### **L'apport des difficultés socio-économiques**

Enfin, mentionnons que les difficultés socio-économiques peuvent aussi être un précurseur d'un accroissement des sentiments dépressifs, d'une dépression clinique et de divers TP (Valla & Bergeron, 1994; Valla, Bergeron, & Lageix, 1996). Une perspective interactionniste de la psychopathologie chez l'enfant (Bergeron & Valla, 1996; Valla et al., 1996) postule que les différents TP et TD résultent d'une interaction entre une vulnérabilité individuelle (par exemple, une forte réactivité émotionnelle ou des comportements anxieux ou timides en bas âge) et des facteurs environnementaux (par exemple, une famille à très faible revenu). Cette perspective théorique justifie l'ajout du statut socio-économique (SSE) comme variable de contrôle. Le rôle potentiellement modérateur de cette variable n'est cependant pas considéré dans notre étude. Voyons maintenant les questions de recherche qui découlent de notre recension de la littérature.

### **Questions de recherche**

Trois questions de recherche sont posées. Premièrement, quelle est la comorbidité entre les troubles perturbateurs (TP) (considérés globalement) et les troubles dépressifs (TD) (considérés globalement)? Deuxièmement, quelles sont les dimensions de la personnalité de Cloninger (1987) qui sont associées prospectivement aux TP seuls, aux TD seuls ou à la présence simultanée de ces deux troubles (cas comorbides) chez un groupe d'adolescents provenant d'un échantillon représentatif de la population (en contrôlant pour le SSE)? Enfin, est-ce que les mêmes résultats s'appliquent aux garçons et aux filles?

## Méthode

La présente partie décrit d'abord les participants et la procédure. Puis, sont présentés la prévalence et la comorbidité à 15-16 ans des troubles mentaux. Enfin, sont présentés la nature et le mode d'administration des instruments employés pour mesurer les dimensions de la personnalité, le statut socio-économique et les problèmes de santé mentale.

### Participants

En 1987, un échantillon représentatif (déterminé par une méthode de sélection aléatoire stratifiée) de 6397 enfants de maternelle (âge moyen: 6.1 ans) dans 53 commissions scolaires et représentant les 11 régions administratives du Québec a été constitué. Des évaluations du comportement des enfants par les enseignants, du tempérament des enfants par les parents, des attitudes éducatives des parents et des caractéristiques socio-démographiques ont été recueillies pour 2251 filles et 2398 garçons (4649 enfants ou 72,7% de l'échantillon de départ). La majorité des enfants vivaient avec leurs deux parents biologiques (80%), 10% des garçons vivaient seuls avec leur mère (12% pour les filles), et 5% des garçons et des filles vivaient avec l'un des deux parents et un nouveau conjoint. En ce qui concerne la taille des familles, 15% d'entre elles avaient un enfant, 50% deux enfants, 23% trois enfants et 9% quatre enfants et plus. La scolarité moyenne des mères se situait à 11,7 ans (E.T.=2,7) et celle des pères à 11,9 ans (E.T.=3,4). Enfin, le niveau socio-économique, tel qu'évalué à l'aide de l'échelle du statut occupationnel de Blishen, Carroll et Moore (1987), était assez diversifié, tel qu'en témoignent les écarts types élevés (père: M=43,8; E.T.=14,5 et mère: M=43,7; E.T.=12,0). Ces différentes caractéristiques sont comparables à l'ensemble de la population québécoise.

### Procédure

Toutes les mesures précédentes ont été répétées l'année suivante alors que les enfants étaient en première année du primaire. Un sous échantillon aléatoire de 1593 garçons et 1424 filles a été constitué. Le taux de réponse moyen de la part des enseignants se situe à près de 80%. De l'âge de six à 12 ans les professeurs ont été contactés annuellement pour remplir un questionnaire concernant les enfants et ils ont rempli ces questionnaires auto-administrés. Lorsque les sujets ont eu atteint l'âge de 15 ou 16 ans, une relance a été effectuée pour rencontrer les parents et les adolescents. Un formulaire de consentement a été envoyé aux parents. Ceux qui acceptaient de participer confirmaient leur participation à une entrevue pour eux et leur enfant. Il s'agissait d'entrevues cliniques standardisées et administrées par des assistants de recherche entraînés pour évaluer les problèmes dépressifs et perturbateurs. Pendant toute la durée de l'étude, aucun nom n'a été inscrit sur les formulaires et la confidentialité était assurée avant le début de chaque nouvelle mesure. Le nombre de garçons et de filles évalué annuellement est présenté au tableau 9. Ce tableau présente aussi le nombre de sujets pour lesquels, à 15-16 ans (M=15,2 ans, E.T.=0,59 ans) les données sont complètes aux différents moments de mesure et qui composent par conséquent l'échantillon final.

**Tableau 9**

Distribution des participants selon le temps de mesure et le sexe.

Évaluateur	Sexe du sujet	Age								
		5	6	7	8	9	10	11	12	15-16
Professeur	G	1593	1593	1145	1269	- <sup>a</sup>	1288	1304	1255	-
	F	1424	1423	1045	1156	- <sup>a</sup>	1207	1165	1166	-
Adolescent	G	-	-	-	-	-	-	-	-	791 <sup>b</sup>
	F	-	-	-	-	-	-	-	-	806 <sup>b</sup>

Note. a = À l'âge de 9 ans, seules les filles ont été évaluées à cause d'un manque de fonds et les données ne sont pas prises en considération, b = Nombre de sujets dont les parents et/ou eux-mêmes ont été interviewés et qui ont des données complètes de 6 à 15-16 ans, - = Âges auxquels les mesures n'ont pas été recueillies ou ne seront pas prises en considération.



En examinant le tableau 9, on observe que l'échantillon final se compose de 1597 sujets et qu'il y a eu, par conséquent, une perte de 1420 sujets (802 garçons et 618 filles) sur 3017, ce qui représente 47% de l'échantillon de départ. Afin de vérifier si certains biais ont été observés dans l'échantillon final en raison de l'attrition, des ANOVA ont été effectuées. Des différences significatives sont observées pour deux dimensions de la personnalité, soit la dépendance envers les récompenses ( $F(1, 3011)=15,33$ ;  $p < .001$ ), soit la recherche de la nouveauté ( $F(1, 3005)=12,71$ ;  $p < .001$ ). Le niveau du statut socio-économique montre aussi des différences significatives ( $F(1, 2863)=27,15$ ;  $p < .001$ ). Par contre, la dimension de l'évitement de la douleur ( $F(1, 3013)=0,72$ ;  $p > .05$ ) ne distingue pas les sujets qui ont été perdus des autres. Ceux qui ne font plus partie de l'échantillon avaient un statut socio-économique plus bas ( $M=41,9$ ), un niveau de recherche de la nouveauté plus élevé ( $M=3,3$ ) et une dépendance envers les récompenses plus présente ( $M=7,3$ ) que ceux qui font encore partie de l'échantillon (respectivement  $M=44,2$ ,  $M=3,1$ ,  $M=6,6$ ).

### **Prévalence et comorbidité à 15-16 ans**

**Concordance entre les deux informateurs.** Comme le parent et l'adolescent ont tous deux participé à l'évaluation psychologique pour l'adolescent, nous allons évaluer le degré de concordance entre les deux informateurs. Le tableau 10 illustre la concordance entre les diagnostics des deux répondants et le nombre total de données valides pour chaque diagnostic. Les adolescents ont été évalués à l'âge de 15-16 ans l'ont été à l'aide de la version française de la deuxième édition du *Diagnostic Interview*

for Children (DISC-2; Shaffer, Gould, Rutter, & Sturge, 1991) mise au point par Breton (1993). Cet instrument est destiné à mesurer les problèmes de santé mentale selon la classification du *DSM-III-R*. Il sera décrit en détail plus loin.

Dans le tableau 10, on remarque que les diagnostics positifs posés simultanément par le parent et l'adolescent sont très peu nombreux: 18 pour le TDM, 6 pour le TDY, 12 pour le TC et 3 pour le TOP, ce qui représente respectivement 18/48 (37,5%), 6/35 (17,1%), 12/22 (54,5%) et 3/61 (4,9%), du nombre de cas positifs selon l'adolescent, et 18/92 (19,6%), 6/59 (10,2%), 12/109 (11%), et 3/11(27,3%), de cas positifs selon le parent. Compte tenu du faible accord entre les informateurs, il a été décidé que les diagnostics seraient établis en combinant, dans un score composite, les diagnostics des deux informateurs conformément à la procédure proposée par Bird et al. (1993). Ainsi, le trouble sera considéré présent si l'un ou l'autre des informateurs (ou les deux) a décelé un diagnostic positif.

**Tableau 10**

Concordance diagnostique entre les deux répondants (parent et adolescent).

Trouble	Concordance diagnostique								Total valide	
	Positif				Négatif					
	Parent		Adolescent		Parent et adolescent		Adolescents sans trouble		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TDM	30	1,9	74	4,6	18	1,1	1478	92,4	1600	100
TDY	29	1,8	53	3,3	6	0,4	1529	94,5	1617	100
TC	10	0,6	97	6	12	0,8	1493	92,6	1612	100
TOP	58	3,6	8	0,5	3	0,2	1548	95,7	1617	100

Note. TDM = Trouble dépressif majeur, TDY = Trouble dysthymique, TC = Trouble des conduites, TOP = Trouble oppositionnel avec provocation.

**Évaluations psychologiques des adolescents.** Comme il a été mentionné précédemment, 3017 sujets composaient l'échantillon longitudinal. En raison de l'attrition, tous ces individus n'ont pas été évalués lors de la relance à l'âge de 15-16 ans. En effet, il y a 817 filles et 814 garçons pour lesquels des données complètes sont disponibles pour le diagnostic à 15-16 ans, pour un total de 1631 sujets. Le tableau 11 présente la distribution de ces sujets selon le sexe, en nombre et en pourcentage, pour les différentes associations diagnostiques entre les TC, TOP, TDM et TDY. On remarque que 81,9% des adolescents évalués n'ont pas de trouble psychologique, mais que 18,1% ont des troubles perturbateurs (TP) ou des troubles dépressifs (TD) ou les deux. Les pourcentages indiqués au tableau 11 peuvent être considérés comme des indices de la prévalence de ces troubles dans la population adolescente québécoise.

**Sujets ayant des données complètes.** Sur l'échantillon de départ de 1987, plusieurs sujets ont été perdus au fil des ans, de sorte que quelques sujets additionnels sont perdus en raison de données incomplètes sur les variables de personnalité. Le tableau 12 présente la distribution des 1597 sujets (806 filles et 791 garçons) faisant partie de l'échantillon final de la présente étude et pour lesquels des données complètes pour le diagnostic et les dimensions de la personnalité aux temps 1 et 2 sont disponibles (soit à 6-7-8 ans et à 10-11-12 ans). Les données sont présentées en précisant pour chaque sexe le nombre et le pourcentage de sujets qui ont un, deux, trois ou quatre troubles particuliers.

**Tableau 11**

Diagnostiques agrégés valides pour les 3017 sujets selon le sexe à l'âge de 15-16 ans.

Diagnostiques	Filles		Garçons		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucun	659	80,6	676	83,1	1335	81,9
TC	19	2,3	71	8,7	90	5,5
TOP	20	2,5	15	1,8	35	2,2
TDY	19	2,3	11	1,4	30	1,8
TDM	44	5,4	14	1,7	58	3,6
TOP, TC	1	0,1	7	0,9	8	0,5
TDY, TC	0	0	1	0,1	1	0,1
TDY, TOP	1	0,1	1	0,1	2	0,1
TDM, TC	7	0,9	1	0,1	8	0,5
TDM, TOP	3	0,4	1	0,1	4	0,3
TDM, TDY	28	3,4	5	0,6	33	2,0
TDY, TOP, TC	1	0,1	1	0,1	2	0,1
TDM, TOP, TC	1	0,1	2	0,3	3	0,2
TDM, TDY, TC	5	0,6	1	0,1	6	0,4
TDM, TDY, TOP	3	0,4	3	0,4	6	0,4
TDM, TDY, TOP, TC	6	0,7	4	0,5	10	0,61
TOTAL	817	100	814	100	1631	100

Note. TC = Trouble des conduites, TOP = Trouble oppositionnel avec provocation, TDY = Trouble dysthymique, TDM = Trouble dépressif majeur.

**Tableau 12**

Diagnostiques agrégés valides pour les 1597 sujets selon le sexe à l'âge de 15-16 ans.

Diagnostic	Filles		Garçons		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucun	652	80,9	659	83,1	1311	82,1
TC	18	2,2	68	8,6	86	5,4
TOP	20	2,5	15	1,9	35	2,2
TDY	19	2,4	11	1,4	30	1,9
TDM	42	5,2	11	1,4	53	3,3
TOP, TC	1	0,1	7	0,9	8	0,5
TDY, TC	0	0	1	0,1	1	0,1
TDY, TOP	1	0,1	1	0,1	2	0,1
TDM, TC	6	0,7	1	0,1	7	0,4
TDM, TOP	3	0,4	1	0,1	4	0,3
TDM, TDY	28	3,5	5	0,6	33	2,1
TDY, TOP, TC	1	0,1	1	0,1	2	0,1
TDM, TOP, TC	1	0,1	2	0,3	3	0,2
TDM, TDY, TC	5	0,6	1	0,1	6	0,4
TDM, TDY, TOP	3	0,4	3	0,4	6	0,4
TDM, TDY, TOP, TC	6	0,7	4	0,5	10	0,6
TOTAL	806	100	791	100	1597	100

Note. TC = Trouble des conduites, TOP = Trouble oppositionnel avec provocation, TDY = Trouble dysthymique, TDM = Trouble dépressif majeur.

L'examen des tableaux précédents procure plusieurs données, mais seuls certains points saillants seront discutés ici. Nous les observerons principalement selon trois angles différents. Premièrement, nous discuterons de l'attrition, en comparant les distributions des sujets des tableaux 11 et 12. Deuxièmement, à partir du tableau 12, nous comparerons le nombre de garçons et de filles dans les diverses catégories diagnostiques et, troisièmement, nous examinerons les différentes combinaisons comorbides entre les diagnostics.

**Attrition.** En premier lieu, les données montrent qu'il y a une attrition parce que certains sujets n'avaient pas de données complètes pour les dimensions de la personnalité aux temps 1 et 2. De façon générale, si l'on compare le tableau 12 au tableau 11, on remarque qu'il y a une perte de 34 sujets (23 garçons et cinq filles) distribués parmi quatre diagnostics. Le diagnostic aucun est celui qui a perdu le plus de sujets avec 17 garçons et sept filles, suivi du diagnostic TDM où il y a une perte de trois garçons et deux filles. Pour le diagnostic TC, trois garçons et une fille ont été perdus. La dernière différence est la perte d'un sujet comorbide de sexe féminin avec le diagnostic TDM/TC.

**Diagnostics selon le sexe des sujets.** En deuxième lieu, en comparant les pourcentages entre les filles et les garçons au tableau 12, cinq diagnostics retiennent notre attention. En effet, cinq diagnostics se distinguent par une différence égale ou supérieure à 1% entre les sexes. Par ordre d'importance, quant à la différence, se succèdent le TC, le TDM, le TDM/TDY, ceux sans problème et le TDY. Au premier rang vient le diagnostic TC, où une différence marquée est observée avec 8,6% des garçons diagnostiqués contre 2,2% des filles, soit une différence de 6,4%. Il semble ainsi que le TC soit un trouble majoritairement diagnostiqué chez les

garçons. Au deuxième rang, vient le TDM avec 1,4% des garçons diagnostiqués contre 5,2% des filles, soit une différence de 3,8%. Le TDM apparaît donc comme un trouble majoritairement diagnostiqué chez les filles. Au troisième rang vient le diagnostic double TDM/TDY avec 0,6% des garçons diagnostiqués contre 3,5% des filles, soit une différence de 2,9%. Au quatrième rang ceux sans problème sont au nombre de 83,1% pour les garçons et 80,9% pour les filles, soit une différence de 2,2%. Le TDY vient au cinquième rang alors que 1,4% des garçons sont diagnostiqués TDY contre 2,4% des filles, soit une différence de 1%. Ainsi, il semble que le TDM soit un trouble diagnostiqué plus souvent auprès des filles. On remarque aussi que les TD sont diagnostiqués plus souvent chez les filles alors que les TP le sont plus souvent chez les garçons.

Par contre, deux diagnostics marquent un contraste concernant l'énoncé ci-dessus. En effet, le diagnostic TOP/TC est présent 0,8% de plus chez les filles que chez les garçons, et le diagnostic TOP est présent 0,6% de plus chez les filles que chez les garçons. Bien que la différence soit faible, il y a une majorité de filles diagnostiquées TOP, ce qui contraste avec le TC majoritairement masculin. On peut conclure à la lumière de ces résultats que les TD sont généralement diagnostiqués chez les filles alors que les TP le sont chez les garçons.

#### ***Différentes combinaisons comorbides entre les diagnostics.***

En troisième lieu, il est question des différentes combinaisons comorbides entre les diagnostics. Si on examine plus à fond le tableau 12, il y a 26 filles ayant des diagnostics comorbides (0 TDY/TC; 1 TDY/TOP; 6 TDM/TC; 3 TDM/TOP; 1 TDY/TOP/TC; 1 TDM/TOP/TC; 5 TDM/TDY/TC; 3 TDM/TDY/TOP; 6 TDM/TDY/TOP/TC); ce qui représente 3,2% des filles et 1,6% de l'échantillon total. Pour les garçons, il y a 15 sujets ayant des diagnostics comorbides

(1 TDY/TC; 1 TDY/TOP; 1 TDM/TC; 1 TDM/TOP; 1 TDY/TOP/TC; 2 TDM/TOP/TC; 1 TDM/TDY/TC; 3 TDM/TDY/TOP; 4 TDM/TDY/TOP/TC); ce qui représente 2,3% des garçons et 0,9% de l'échantillon total. Globalement, les cas comorbides représentent 41 cas sur un grand total de 1597, c'est-à-dire 2,5% de l'échantillon.

### **Instruments de mesure**

**Évaluation des dimensions de la personnalité.** À chaque année, à partir du moment où les enfants avaient six ans, le Questionnaire d'Évaluation des Comportements Sociaux (QECS; Tremblay, Loeber, Gagnon, Charlebois, Larivée, & Le Blanc, 1991) était rempli par les enseignants. Le QECS est une fusion du *Preschool Behavior Questionnaire* (Behar & Stringfield, 1974) et du *Prosocial Behavior Questionnaire* (Weiber & Duveen, 1981). Les items du QECS utilisés pour représenter les dimensions de la personnalité de Cloninger sont décrits au tableau 13 en appendice B.

Premièrement, pour la dimension de l'évitement de la douleur, définie par Cloninger (1987) par des descripteurs tels que prudent, inquiet et inhibé, les cinq items de l'échelle d'anxiété du QECS ont été sélectionnés. Ces items sont: est inquiet, plusieurs choses l'inquiètent; a tendance à travailler seul dans son coin, plutôt solitaire; a l'air triste, malheureux, près des larmes; a tendance à avoir peur ou à craindre les choses nouvelles ou les situations nouvelles; pleure facilement. La fidélité de l'échelle est satisfaisante puisque les alphas de cronbach pour la cohérence interne de cette échelle varient de 0,71 à 0,77 de six à 12 ans. Pour l'évitement de la douleur, au temps 1, le minimum est 0 et le maximum est 9, la moyenne étant de 1,9 et l'écart type de 1,6. Au temps 2, le minimum est 0 et le maximum est 8, la moyenne étant de 2 et l'écart type de 1,6.

Deuxièmement, pour la dimension de la recherche de la nouveauté, définie par Cloninger (1987) par des descripteurs tels que explorateur, facilement excité et impulsif, six items du QECS ont été sélectionnés en fusionnant l'échelle d'hyperactivité (2 items) et d'inattention (4 items). Ces items sont, pour l'hyperactivité: est très agité, toujours en train de courir et sauter, ne demeure jamais en place; remue continuellement, se tortille, ne sait comment se tenir sans bouger. Pour ce qui relève de l'inattention, les items sont les suivants: a une faible capacité de concentration; facilement distrait; abandonne facilement; est « dans la lune ». La fidélité de cette mesure est bonne puisque les alphas de cronbach pour la cohérence interne varient de 0,84 à 0,86 de six à 12 ans. Pour la recherche de la nouveauté, au temps 1, le minimum est 0 et le maximum est 12, la moyenne étant de 3,2 et l'écart type de 2,7. Au temps 2, le minimum est 0 et le maximum est 12, la moyenne étant de 3 et l'écart type de 2,7.

Troisièmement, pour la dimension de la dépendance envers les récompenses, définie par Cloninger (1987) par des descripteurs tels que chaleureux, sentimental et persistant, les dix items de l'échelle de prosocialité du QECS ont été sélectionnés. Tremblay et al. (1994) ont sélectionné la même mesure. Ces items sont: essaie d'arrêter une querelle ou une dispute entre les enfants; invite un enfant qui se tient à l'écart à se joindre à son groupe de jeu; essaie d'aider un jeune qui s'est blessé; aide spontanément à ramasser des objets qu'un autre jeune a échappé; saisit l'occasion de valoriser le travail d'un jeune moins habile; montre de la sympathie pour un jeune qui a commis une erreur; offre d'aider un jeune qui a de la difficulté dans une tâche en classe; aide un jeune qui se sent malade; console un jeune qui pleure ou qui est bouleversé; se propose pour aide à nettoyer un



dégât fait par quelqu'un d'autre. La fidélité de cette échelle est bonne puisque les alphas de Cronbach pour la cohérence interne varient de 0,89 à 0,91 de six à 12 ans. Pour la dépendance envers les récompenses, au temps 1, le minimum est 0 et le maximum est 18, la moyenne étant de 7,2 et l'écart type de 3,3. Au temps 2, le minimum est 0 et le maximum est 20, la moyenne étant de 6,8 et l'écart type de 3,3. Il est à noter que la plupart des corrélations entre les trois dimensions sont plutôt faibles (les coefficients varient entre - 0,21 et 0,41, de six à 12 ans).

**Statut socio-économique.** À chaque année, les parents ont été invités à fournir plusieurs informations d'ordre socio-démographique se rapportant à leur situation au cours de l'année précédente. Des informations à propos du niveau d'éducation de chaque parent ou du parent avec qui l'enfant vit, et sur l'emploi occupé par l'un et/ou l'autre parent, ont également été obtenues. Ces informations ont servi à calculer le statut socio-économique de la famille selon la méthode proposée par Blishen et al. (1987). Ces derniers ont présenté un index socio-économique des occupations, basé sur le recensement canadien de 1981. Ces auteurs mentionnent qu'il est généralement admis que l'occupation est le meilleur indicateur du statut socio-économique et que l'importance accordée au prestige, au revenu et à l'éducation dans la hiérarchisation des occupations demeure matière à débat. Pour cet index, ils ont décidé d'accorder un poids égal au niveau d'éducation et au revenu en tant que composantes du statut socio-économique. Aussi, pour fin de continuité, ils ont calibré l'index sur la base de l'échelle Pineo-Porter de prestige, comme la première version de l'index (Blishen & McRoberts, 1976). Pour le statut socio-économique, au temps 1, le minimum est 19 et le maximum est 75, la moyenne étant de 43,4 et l'écart type de 10,6. Au temps 2, le minimum est 20,4 et le maximum est 88,7, la moyenne étant de 42,2 et l'écart type de 10.

**Évaluation des problèmes de santé mentale.** Afin d'évaluer les problèmes de santé mentale lorsque les adolescents avaient atteint l'âge de 15 ou 16 ans (moyenne: 15,2 ans), le DISC-2 (Shaffer et al., 1991) a été employé. Cet instrument a été élaboré à partir du modèle du *Diagnostic Interview Schedule* (DIS), créé pour le National Institute of Mental Health (Robins, Helzer, Croughan, & Ratcliff, 1981). Cet instrument a été utilisé dans plusieurs enquêtes épidémiologiques. Selon l'étude de Jensen et al. (1995), la fidélité test-retest est de modérée à substantielle. Fisher et al. (1993) concluent que le DISC-2 (Shaffer et al., 1991) dans son ensemble démontre une sensibilité bonne à excellente pour les différentes échelles (varie de 0,73 à 1). La version française a été mise au point dans le cadre de l'*Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Enfants et Adolescents de six à 14 ans* (Breton, 1993). Le DISC-2 (Shaffer et al., 1991) est une entrevue structurée qui évalue la présence des symptômes relatifs aux diagnostics de l'Axe I du *DSM-III-R* et du *DSM-IV*, au cours des six mois qui précèdent l'entrevue. L'entrevue est effectuée séparément avec la mère et avec l'adolescent par un interviewer entraîné. La fidélité test-retest moyenne (corrélation intraclasse) pour l'entrevue avec les parents est de 0,76 et de 0,71 pour celle avec des adolescents de 14 à 18 ans (Valla, Breton, & Bergeron, 1992).

Des entrevues avec la mère et l'adolescent ont été utilisées dans la présente étude afin d'obtenir une évaluation des troubles perturbateurs (TP) et des troubles dépressifs (TD) selon une double perspective et ainsi confirmer ou nuancer l'évaluation effectuée par chaque répondant. Si un trouble est présent selon un des deux informateurs (la mère ou l'adolescent), l'adolescent sera considéré comme ayant ce trouble. Cette stratégie a été

évaluée par Jensen et al. (1995) et montre généralement une meilleure fidélité que l'évaluation qui dépend d'un seul informateur. Le DISC-2 (Shaffer et al., 1991) a donc permis d'identifier les TP (TC, TOP) et les TD (TDM, TDY) dans notre échantillon. La durée moyenne des entrevues avec le DISC-2 (Shaffer et al., 1991) était d'environ 90 minutes avec l'adolescent et de 60 minutes avec la mère (ou le père). Cette durée moyenne couvre l'administration de toutes les parties du DISC-2 (Shaffer et al., 1991), incluant celles qui se rapportent aux TP et aux TD.

### **Résultats**

Dans cette troisième partie sont présentés les résultats qui ont permis de répondre aux questions de recherche. La démarche se divise en quatre étapes: les analyses préliminaires, les associations entre les dimensions de la personnalité et les troubles perturbateurs et dépressifs, l'importance du sexe dans la manifestation des troubles mentaux et un résumé des résultats.

Dans un premier temps, les analyses préliminaires font état du degré de comorbidité, de la contribution du SSE et des postulats de la MANOVA.

#### **Analyses préliminaires**

***Comorbidité entre les troubles perturbateurs et dépressifs.*** Afin d'établir le taux de comorbidité, les divers troubles illustrés aux tableaux 6 et 7 ont été regroupés pour former quatre groupes: les adolescents avec un TP (i.e. avec un trouble TC et/ou TOP), les adolescents avec un TD (i.e. avec un trouble TDM et/ou TDY), les adolescents avec des troubles comorbides (avec au moins un TP et au moins un TD) et, finalement, ceux qui n'ont aucun trouble. Le tableau 14 montre le nombre et le pourcentage d'adolescents dans chacun de ces groupes, selon le sexe. Dans ce

tableau, il y a 26 filles dans le groupe comorbide, ce qui représente 1,7% de l'échantillon total, et 3,2% de toutes les filles évaluées. Du côté des garçons, il y en a 15 qui appartiennent au groupe comorbide, ce qui représente près de 1,0% de l'échantillon total, et 1,9% de tous les garçons évalués. Le degré de comorbidité est de 16,9% (26/154) chez les filles, et de 11,4% (15/132) chez les garçons. Globalement, il y a 41 adolescents qui ont un diagnostic comorbide, ce qui représente 14,3% (41/286) de ceux qui ont un TP, TD ou comorbide, et 2,6% (41/1597) de l'échantillon total. On remarque aussi qu'il y a 11% de filles qui ont un TD, contre 4,8% qui ont un TP, et, à l'inverse, il y a 3,4% de garçons qui ont un TD, contre 11,4% qui ont un TP. Ces chiffres sont plus bas que les données rapportées dans les recherches recensées antérieurement.

**Tableau 14**

Distribution des participants dans les quatre groupes en fonction du sexe.

Groupe	n	Pourcentage		
		Pourcentage intra-trouble	Pourcentage intra-sexe	Pourcentage VS Total
Aucun				
filles	652	49,7%	80,9%	40,8%
garçons	659	50,3%	83,3%	41,3%
total	1311	100%	-	82,1%
TP				
filles	39	30,2%	4,8%	2,4%
garçons	90	69,8%	11,4%	5,6%
total	129	100%	-	8,1%
TD				
filles	89	76,7%	11,0%	5,6%
garçons	27	23,3%	3,4%	1,7%
total	116	100%	-	7,3%
Comorbide				
filles	26	63,4%	3,2%	1,6%
garçons	15	36,6%	1,9%	0,9%
total	41	100%	-	2,6%
Total				
filles	806	-	100%	50,4%
garçons	791	-	100%	49,6%

Note. TP = Trouble perturbateur, TD = Trouble dépressif.

### **Vérification de l'importance du SSE comme variable de contrôle.**

Avant de répondre à la deuxième question de recherche, il importe d'abord de s'assurer que les groupes ne se distinguent pas sur des variables, tel que le niveau socio-économique. Cette démarche est essentielle puisqu'elle pourrait contribuer en partie à l'explication des différences au niveau des dimensions de la personnalité. Si tel est le cas, il faudra inclure le SSE comme covariable dans les analyses subséquentes. Afin de vérifier cette association, les corrélations entre les dimensions de la personnalité et le SSE sont d'abord calculées. Les résultats présentés au tableau 15 montrent que le SSE est faiblement corrélé avec la plupart des dimensions de la personnalité (coefficients entre 0,06 et 0,17). Plusieurs corrélations sont toutefois significatives. La plus élevée est de l'ordre de 0,17 (SSE et recherche de la nouveauté au temps 2). À la lumière de ces résultats, il ne semble pas nécessaire d'inclure le SSE comme covariable.

**Tableau 15**

Corrélations entre les dimensions de la personnalité (SSE inclu) au temps 1 et 2 pour l'échantillon total.

	Variables						
	SSE 1	SSE 2	Dépen 1	Dépen 2	Évit 1	Évit 2	Rech 1
SSE 2	0,70**						
Dépen 1	0,07**	0,06*					
Dépen 2	0,01	0,04	0,32**				
Évit 1	-0,03	-0,05	-0,18**	-0,11**			
Évit 2	-0,10**	-0,08**	-0,14**	-0,08**	0,36**		
Rech 1	-0,11**	-0,10**	-0,29**	-0,20**	0,33**	0,28**	
Rech 2	-0,17**	-0,15**	-0,23**	-0,23**	0,13**	0,43**	0,59**

Note. SSE = Statut socio-économique, Dépen = Dépendance envers les récompenses, Évit = Évitement de la douleur, Rech = Recherche de la nouveauté, 1/2 = Temps de mesure, \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

Afin de vérifier l'importance du SSE, une MANOVA Groupe (4) X Sexe (2) à mesures répétées a ensuite été appliquée au SSE. L'effet principal du temps est significatif ( $F(1, 1496)=14,01$ ;  $p < .001$ ). Par contre, l'interaction triple entre le groupe, le sexe et le temps n'est pas significative ( $F(3, 1496)=0,66$ ;  $p = .597$ ). Aucune des interactions de deuxième niveau entre le groupe et le temps ( $F(3, 1496)=2,00$ ;  $p = .112$ ) et le sexe et le temps ( $F(1, 1496)=1,09$ ;  $p = .297$ ) ne s'est avérée significative. Comme le SSE n'est pas fortement corrélé avec les variables dépendantes et qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes, il a été décidé de ne pas l'inclure comme covariable. Il est probable que la perte des sujets a entraîné une réduction de la variance.

**Postulats de la MANOVA.** La dernière étape des analyses préliminaires consiste à vérifier si les postulats de la MANOVA sont rencontrés. Les résultats révèlent que les postulats de la normalité multivariée, de l'homogénéité des matrices de variance-covariance et de l'indépendance des observations sont respectés.

Examinons maintenant la deuxième question de recherche visant à déterminer la différence entre les groupes (aucun trouble, TP seulement, TD seulement et comorbide) au niveau des trois dimensions de la personnalité à l'étude (éviter de la douleur, recherche de la nouveauté et dépendance envers les récompenses) aux deux moments de mesure.

### **Association des dimensions de la personnalité aux troubles perturbateurs et dépressifs**

Dans un deuxième temps, une analyse multivariée de la variance (MANOVA) à mesures répétées a été effectuée pour déterminer si des différences sont observées au niveau des trois variables dépendantes (dimensions de la personnalité) entre les adolescents aux prises avec un trouble perturbateur (TP), ceux aux prises avec un trouble dépressif (TD), ceux aux prises avec plusieurs types de troubles et ceux sans problème. Le sexe des sujets a été également pris en considération dans ces analyses à titre de variable dépendante. Par contre, les résultats comprenant l'effet simple ainsi que les interactions de deuxième et de troisième niveaux concernant la variable sexe seront présentés lorsque nous tenterons de répondre à la troisième question de recherche. À la suite des résultats de la MANOVA, des ANOVA assorties de comparaisons multiples entre les différentes catégories diagnostiques ont été effectuées (test de Scheffé).

***MANOVA sur les dimensions de la personnalité.*** Afin de déterminer les différences entre les groupes au niveau des trois dimensions de la personnalité mesurées au deux moments de mesure, une MANOVA Groupes (4) X Sexe (2) à mesures répétées est effectuée. Les résultats sans la variable sexe sont présentés au tableau 16. Les effets principaux des facteurs temps et groupe sont significatifs. L'interaction de deuxième niveau entre le groupe et le temps est significative. On remarque par contre, que la proportion de variance expliquée par l'effet principal du groupe est de 0,025 et de 0,016 pour l'effet d'interaction entre le groupe et le temps. Ce qui est, somme toute, assez modeste. L'effet principal du temps ne sera pas étudié ici.

**Tableau 16**

Résultats de la MANOVA multivariée à mesures répétées sans les résultats de la variable sexe.

Effets multivariés	Résultats			
	Wilks' $\Delta$	dl	F approx.	Puissance
Temps	.986	3, 1587	7,49***	.94
Groupe	.975	9, 3862	4,52***	.92
Groupe x temps	.984	9, 3862	2,79**	.64

Note. dl = degré de liberté, approx. = approximatif, \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

**Série d'ANOVA (F univariés).** Suite à la MANOVA, une série d'ANOVA (F univariés) fut calculée, ce qui soulève deux problèmes majeurs. Premièrement, cela augmente la probabilité de faire une erreur de type I et, deuxièmement, cela ne tient pas compte de la variance partagée entre les variables dépendantes (la même variance est expliquée plusieurs fois avec les F univariés). La solution à ces problèmes est d'ajuster le niveau alpha en appliquant la correction de Bonferonni (Tabachnick & Fidell, 1996). Le niveau alpha est établi à .02 pour déclarer une différence significative dans la présente étude.

**Évitement de la douleur.** Les tests F univariés indiquent que c'est l'évitement de la douleur qui fournit le plus grand apport à l'interaction entre le groupe et le temps ( $F(3, 1589)=6,62; p < .001$ ) puisqu'aucune différence significative n'est observée pour la dépendance envers les récompenses ( $F(3, 1589)=1,34; p > .05$ ) et la recherche de la nouveauté ( $F(3, 1589)=1,38; p > .05$ ). Par conséquent, seule l'interaction au chapitre de l'évitement de la douleur est décomposée en effets simples. Le tableau 17 présente les moyennes et les écarts types obtenus séparément aux temps 1 et 2 selon les différents groupes et le sexe. Pour l'effet principal du groupe, les tests F univariés révèlent une différence significative entre les groupes au chapitre de la dépendance envers les récompenses ( $F(3, 1589)=5,14; p < .001$ ), de



l'évitement de la douleur ( $F(3, 1589)=4,87; p < .001$ ) et de la recherche de la nouveauté ( $F(3, 1589)=7,61; p < .001$ ).

**Tableau 17**

Moyennes et écarts types de l'évitement de la douleur aux temps 1 et 2 selon les différents groupes et le sexe<sup>2</sup>.

Groupe	Mesures							
	Évitement de la douleur temps 1				Évitement de la douleur temps 2			
	Garçons		Filles		Garçons		Filles	
	M	E.T.	M	E.T.	M	E.T.	M	E.T.
AT	2,03	1,68	1,81	1,51	1,92	1,57	1,84	1,49
TP	2,00	1,68	1,84	1,46	2,14	1,74	2,44	1,65
TD	2,21	1,69	1,90	1,57	3,17	1,82	2,32	1,50
Comorbide	2,00	1,48	1,80	1,43	2,62	1,82	2,21	1,67

Note. AT = Aucun trouble, TP = Trouble perturbateur, TD = Trouble dépressif.

Une ANOVA incluant le facteur groupe est réalisée au niveau de l'évitement de la douleur pour chaque moment de mesure. Aucune différence significative n'est observée au temps 1 ( $F(3, 1593)=0,142; p > .05$ ). Toutefois, celle du temps 2 est significative ( $F(3, 1593)=8,36; p < .001$ ). Ainsi, les comparaisons à posteriori entre les groupes ne sont pertinentes que pour le temps 2. Pour ce faire, des tests de Scheffé sont employés. La seule comparaison significative pour le facteur groupe au temps 2 se situe entre la moyenne du groupe des dépressifs et de ceux qui n'ont aucun trouble  $p < .005$ . Les résultats montrent que l'évitement de la douleur au temps 2 (pré-adolescence) peut différencier les dépressifs et ceux qui n'ont aucun trouble, les dépressifs présentant des scores plus élevés. La différence entre la moyenne des adolescents dépressifs (2,32) et ceux n'ayant aucun trouble (1,85) pour la dimension de l'évitement de la douleur est de 0,46.

<sup>2</sup> Il a été décidé de présenter séparément les moyennes et les écarts types pour chaque sexe ainsi que les temps de mesure pour donner une idée plus précise des résultats.

### **Dépendance envers les récompenses et recherche de la**

**nouveauté.** En ce qui concerne l'effet principal du groupe pour les trois dimensions de la personnalité, les différences entre les groupes ne dépendent pas du temps de mesure. Une ANOVA incluant le facteur groupe a été réalisée au niveau de la dépendance envers les récompenses, de l'évitement de la douleur et de la recherche de la nouveauté. Les résultats montrent que la dépendance envers les récompenses ( $F(3, 1593)=7,24; p <.001$ ) et la recherche de la nouveauté ( $F(3, 1593)=10,43; p <.001$ ) au cours de l'enfance et de la pré-adolescence aide à expliquer l'effet principal du groupe. Aucune différence n'est observée pour l'évitement de la douleur ( $F(3, 1593)=3,39; p >.05$ ). Ainsi, les comparaisons à posteriori entre les groupes ne sont pertinentes que pour les deux premières dimensions. Pour ce faire, des tests de Scheffé sont employés. Les moyennes et écarts types pour la dépendance envers les récompenses et la recherche de la nouveauté pour les différents groupes sont présentés au tableau 18. Ces données sont présentées pour les temps 1 et 2 réunis et pour chaque sexe séparément afin de donner une idée plus précise des résultats.

**Tableau 18**

Moyennes et écarts types pour la dépendance envers les récompenses et la recherche de la nouveauté, selon les différents groupes et le sexe.

Groupe	Mesures							
	Dépendance envers les récompenses				Recherche de la nouveauté			
	Garçons		Filles		Garçons		Filles	
	M	E.T.	M	E.T.	M	E.T.	M	E.T.
AT	6,26	2,57	7,90	2,53	3,74	2,52	2,24	2,01
TP	5,79	2,50	6,50	2,48	4,57	2,47	3,33	2,32
TD	6,16	2,50	7,66	2,60	3,91	2,05	2,71	2,13
Comorbide	5,94	2,49	6,97	2,70	4,86	3,44	2,87	2,02

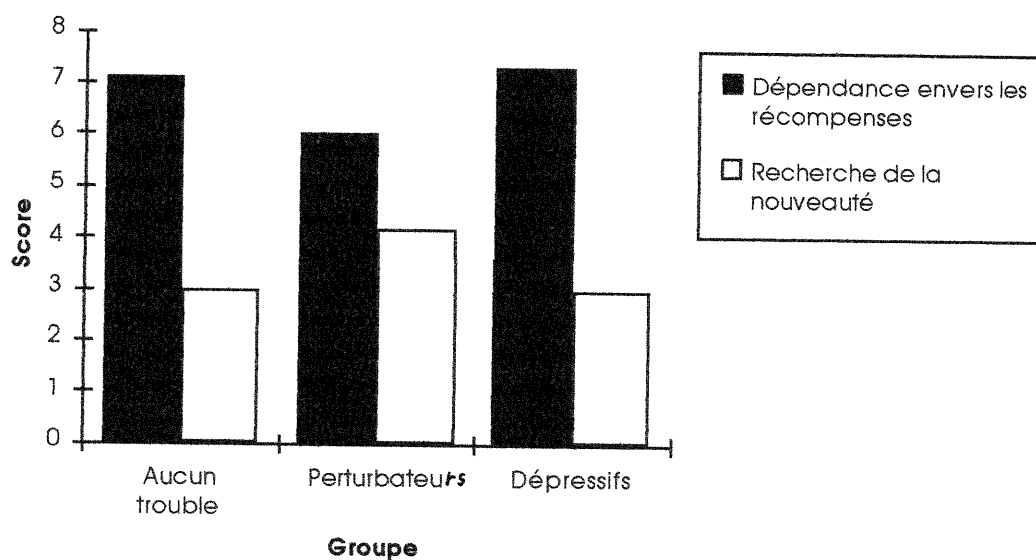
Note. AT = Aucun trouble, TP = Trouble perturbateur, TD = Trouble dépressif.

Les tests de Scheffé nous montrent que l'on peut différencier les perturbateurs de ceux qui n'ont aucun trouble  $p < .001$ , et les perturbateurs des dépressifs  $p < .001$  pour la dimension de la dépendance envers les récompenses. Les perturbateurs présentent des scores moins élevés dans les deux cas. La différence entre la moyenne des adolescents perturbateurs (6,2) et celle des adolescents n'ayant aucun trouble (7,15) est de 0,95 et de 1,37 entre ceux qui sont perturbateurs (6,2) et ceux ayant un trouble dépressif (7,57).

Pour ce qui est de la recherche de la nouveauté au cours de l'enfance et de la pré-adolescence, les résultats (test de Scheffé) montrent que cette dimension peut également différencier les perturbateurs de ceux n'ayant aucun trouble  $p < .001$  et les perturbateurs de ceux qui sont dépressifs  $p < .001$ . Dans le cas de la recherche de la nouveauté cependant, les perturbateurs présentent des scores plus élevés que les deux autres groupes. La différence entre la moyenne des adolescents perturbateurs (3,94) et celle des adolescents n'ayant aucun trouble (2,91) est de 1,03, et elle est de 1,25 entre ceux qui sont perturbateurs (3,94) et ceux ayant un trouble dépressif (2,70).

Les résultats de la présente étude apportent des connaissances nouvelles en ce qui concerne les comparaisons entre les TP, les TD, les comorbides et ceux sans trouble. Comme il est spécifié dans le contexte théorique, il n'y a pas d'étude jusqu'à ce jour qui a étudié simultanément ces quatre groupes diagnostiques en rapport avec les dimensions de la personnalité. Nos résultats montrent que les comorbides ne se distinguent tout simplement pas des autres groupes diagnostiques sur les dimensions de la personnalité. Par contre, les trois autres groupes diagnostiques se

distinguent et cela, à différents niveaux. La figure 1 illustre les différences de moyenne au niveau des échelles (dépendance envers les récompenses et recherche de la nouveauté), observées entre les perturbateurs, les dépressifs et ceux ne présentant aucun trouble. Pour l'effet principal du groupe, les comparaisons à posteriori montrent que les perturbateurs se distinguent des dépressifs et de ceux qui n'ont aucun trouble au chapitre de la dépendance envers les récompenses et de la recherche de la nouveauté. Il est à noter que les résultats pour ces deux dimensions de la personnalité mettent en lumière une relation particulière. Pour la dépendance envers les récompenses, le groupe perturbateur présente un score plus bas que le groupe sans problème et le groupe dépressif. Inversement, pour la recherche de la nouveauté, le groupe perturbateur montre un score plus élevé que le groupe sans problème et celui des dépressifs.



**Figure 1.** Score de dépendance envers les récompenses et de recherche de la nouveauté selon le groupe diagnostique.

Examinons maintenant les résultats qui vont apporter la réponse à la troisième question de recherche visant à vérifier si les mêmes résultats s'appliquent aux garçons et aux filles.

### **L'importance du sexe dans la manifestation des troubles mentaux**

Les résultats présentés au tableau 19 complètent le tableau 16 en incluant les résultats de la MANOVA pour la variable sexe. On observe que l'effet principal du sexe est significatif. Ce qui signifie que les garçons et les filles ont un profil de personnalité distinct. Par contre, pour répondre à la troisième question de recherche, nous devons observer les interactions du sexe avec les autres variables. L'interaction triple entre le groupe, le sexe et le temps n'est pas significative. Aucune des deux interactions de deuxième niveau n'est significative. Par conséquent, les résultats ne sont pas différents pour les garçons et pour les filles. Formulé d'une autre façon, on pourrait dire que les mêmes résultats décrits ci-dessus s'appliquent sans distinction quant au sexe des sujets.

**Tableau 19**

Résultats de la MANOVA multivariée à mesures répétées comprenant la variable sexe.

Effets multivariés	Résultats			
	Wilks' $\Delta$	dl	F approx.	Puissance
Sexe	.973	3,1587	14,55***	1
Groupe x Sexe	.994	9, 3862	0,99	.27
Sexe x Temps	.999	3, 1587	0,73	.38
Groupe x Sexe x Temps	.995	9, 3862	0,90	.31

Note. dl = degré de liberté, approx. = approximatif, \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

### **Résumé des résultats**

En premier lieu, le taux de comorbidité est de 16,9% pour les filles, 11,4% pour les garçons, pour une moyenne globale de 14,3%. En deuxième lieu, les résultats de la présente étude démontrent assez clairement que les trois dimensions de la personnalité aident à différencier les individus ayant un diagnostic de trouble dépressif ou de trouble perturbateur de ceux n'ayant aucun trouble. Par contre, le diagnostic comorbide ne semble pas être associé aux dimensions de la personnalité proposées par Cloninger (1987). De plus, les résultats montrent que, pour la recherche de la nouveauté et la dépendance envers les récompenses, le temps de mesure n'a pas d'importance, c'est-à-dire que peu importe si on prend la mesure à l'enfance ou à la pré-adolescence, les résultats sont significatifs et sont reliés à la manifestation des troubles. Par contre, la dimension de l'évitement de la douleur à l'enfance ne se révèle pas être un élément dans la prédiction des troubles mentaux que nous avons étudiés. Elle semble avoir de l'influence seulement à la pré-adolescence. Ainsi, un adolescent qui, à la pré-adolescence, obtient un score élevé de dépendance envers les récompenses et un score faible de recherche de la nouveauté et d'évitement de la douleur a davantage de chance de n'avoir aucun trouble. Par contre, s'il présente les caractéristiques énumérées plus haut, mais qu'il a un score élevé à l'évitement de la douleur, il est plus à risque d'être dépressif. Enfin, un score faible pour la dépendance envers les récompenses et un score élevé pour la recherche de la nouveauté est associé au profil d'un adolescent avec un trouble perturbateur. En troisième lieu, les résultats montrent aussi que ce qui est décrit précédemment est vrai, pour les garçons et pour les filles, et qu'il n'y a pas de différence entre les sexes à cet égard.

## Discussion

L'objectif de ce mémoire était d'étudier les dimensions de la personnalité, à l'enfance et à la pré-adolescence, potentiellement associées à la manifestation des problèmes de santé mentale simples et multiples à l'adolescence (troubles dépressifs et troubles perturbateurs). Basé sur le modèle de Cloninger (1987), trois dimensions de la personnalité ont été retenues. Il s'agit de l'évitement de la douleur, la recherche de la nouveauté et la dépendance envers les récompenses. Les estimés de ces dimensions reposent sur les évaluations du comportement des enfants effectuées par des professeurs de la maternelle à la 6<sup>e</sup> année du primaire. Les résultats montrent que les trois dimensions de la personnalité à l'étude contribuent, à des degrés divers, à la manifestation des différents troubles.

Quatre points seront abordés dans cette section. Premièrement, les résultats obtenus concernant la co-occurrence et la comorbidité seront brièvement discutés. Deuxièmement, l'apport des dimensions de la personnalité comme prédicteur des troubles dépressifs et perturbateurs sera examiné. Troisièmement, un bilan révisé de l'étude de la comorbidité sera proposé à la lumière des résultats que nous avons obtenus. Enfin, les forces et les limites de l'étude seront soulevées.

### Co-occurrence et comorbidité

**Co-occurrence.** Dans la présente étude, le pourcentage de co-occurrence a été calculé pour les troubles perturbateurs (TP) et les troubles dépressifs (TD). Pour les TD, 43% (55/128) de ceux ayant un trouble dépressif majeur (TDM) ont aussi un trouble dysthymique (TDY) et 61,1% (55/90) des TDY ont aussi un TDM. Si on compare ces résultats à ceux obtenus dans d'autres études (Keller et al., 1995; Klein et al., 1998; Kovacs et al., 1984; Lewinsohn et al., 1998), le degré de co-occurrence observé dans notre étude est aussi élevé que dans les autres études. Cependant, nos résultats se démarquent de ceux de Lewinsohn et al. (1998). Les résultats obtenus dans cette dernière étude sur la dépression des adolescents montrent que seulement 7% des adolescents avec un TDM éprouvent une expérience dysthymique, alors qu'il y en a 43% dans la présente étude. En ce qui concerne les adolescents TDY qui présentent un TDM, les résultats sont concordants avec ceux d'études antérieures. Lewinsohn et al. (1998) concluent qu'approximativement la moitié (42%) des adolescents TDY ont aussi un TDM, ce qui est néanmoins inférieur aux résultats de la présente étude (61,1%), mais qui confirme la co-occurrence élevée entre les TDM.

Du côté des troubles perturbateurs, on peut remarquer que les pourcentages de co-occurrence sont concordants entre les études. Le pourcentage de co-occurrence dans la présente étude montre que 60,5% (23/38) de ceux ayant un trouble des conduites (TC) ont aussi un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et que 32,9% (23/70) des TOP ont aussi un TC. À nouveau, on peut conclure que dans la présente étude, le degré de co-occurrence est aussi élevé que dans les recherches précédentes. Par exemple, les pourcentages recensés par Cohen (1993; dans Nottelmann & Jensen, 1995) sont similaires à ceux obtenus dans la présente étude: 60% de leurs sujets avec un TC présentent aussi un TOP et



47% de leurs sujets avec un TOP montrent aussi un TC. Ceci représente une différence respective de 0,5% et 14,1% avec l'étude actuelle. Bien que ces résultats soient quelque peu différents, ils abondent dans le sens d'une co-occurrence élevée entre les troubles perturbateurs.

En somme, ces comparaisons des taux de co-occurrence suggèrent qu'il semble raisonnable d'avoir considéré les TC et TOP en une même catégorie (les TP) et les TDY et TDM en une même catégorie (TD). De tels regroupements sont d'ailleurs proposés dans le *DSM-IV* (APA, 1994).

Trois raisons pourraient en partie expliquer la différence dans les degrés de co-occurrence et de comorbidité entre les différentes études: la durée des études, l'échantillon employé et les instruments de mesure utilisés pour les diagnostics. En ce qui concerne la durée des études et l'échantillon utilisé, l'étude de Lewinsohn et al. (1998) évalue les adolescents de 14 à 18 ans sur une période de un an. À l'opposé, la présente étude évalue des adolescents de 15-16 ans qui ont été échantillonnés à la maternelle (une étude longitudinale d'environ dix ans). Il y a eu une perte de sujets au premier moment de mesure. Ceux-ci avaient un SSE plus faible, et par conséquent, avaient probablement un taux élevé de troubles mentaux (Valla et al., 1994). Il ne s'agit cependant là que d'une hypothèse puisqu'il n'est pas possible d'en témoigner compte-tenu de l'absence de données pour ces sujets. La dernière raison qui pourrait expliquer cette différence des taux de co-occurrence et de comorbidité est l'utilisation d'instruments différents. Lewinsohn et al. (1998) utilisent le *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS; Orvaschek, Puig-Antich, Chambers, Tabrizi, & Johnson, 1982)* alors que nous utilisons le DISC-2 (Shaffer et al., 1991).

**Comorbidité.** Plusieurs auteurs se sont penchés sur le problème de la comorbidité des problèmes de santé mentale chez l'adolescent. Même si plusieurs de ces chercheurs ont utilisé des échantillons cliniques, il semble préférable de recourir à des échantillons épidémiologiques représentatifs afin de connaître le taux réel de comorbidité dans la population. D'abord, puisque le calcul du pourcentage attendu de comorbidité exige des données sur le taux de base de la population générale pour chaque condition de comorbidité; ensuite, parce que les individus avec une problématique multiple ont plus de chance d'être référés (Berkson, 1946) et la variété des biais de référence rend l'utilisation des données cliniques hasardeuse et potentiellement trompeuse.

Le taux de comorbidité entre les TP et les TD dans la présente étude est de 14,3% (41/286), ce qui contraste avec les conclusions de Hinden et al. (1997) qui estiment la comorbidité entre les deux troubles entre 20% et 60% selon les études. Il semble que l'étude actuelle montre un taux de comorbidité faible, avec un taux inférieur de 6% au taux le plus bas recensé par Hinden et al. (1997). Toutefois, dans l'étude de Dunedin (McGee et al., 1990), des taux de comorbidité semblables à ceux de la présente étude sont observés. En examinant un échantillon représentatif, ces auteurs rapportent que 15% des adolescents de 15 ans avec diagnostic de TOP ou TC ont aussi un TDM. Par contre, les données de ces derniers ne tiennent pas compte du TDY, ce qui augmenterait probablement le pourcentage de comorbidité. Ces observations nous mènent à la conclusion que les adolescents québécois ont un degré de comorbidité entre divers problèmes de santé mentale plus faible que les adolescents de d'autres pays. Ces résultats devront toutefois être répliqués. Les raisons précitées pour expliquer la différence des pourcentages entre la présente étude et les données de Lewinsohn et al. (1998) peuvent aussi être évoquées ici. En plus, leur échantillon n'est pas représentatif de la population, ce qui contraste avec la technique d'échantillonnage utilisée dans la présente étude. Pour ces

raisons, les taux de comorbidité réels dans la population sont peut-être surestimés par Lewinsohn et al. (1998).

Jusqu'à récemment, la comorbidité a reçu très peu d'attention de la part des chercheurs. De plus, la mise au point de la classification psychiatrique a généralement ignoré la fréquence avec laquelle les troubles psychiatriques semblent se manifester simultanément. Il s'agit d'une lacune qui peut avoir deux conséquences dans l'étude de la comorbidité. La première est à l'effet que les conclusions de plusieurs études sur une condition psychiatrique spécifique sont potentiellement trompeuses parce que les corrélats du trouble étudié peuvent en fait représenter des corrélats d'une condition comorbide indéterminée. La deuxième conséquence est que le postulat selon lequel n'importe quel trouble est exactement le même, peu importe la présence simultanée ou l'absence d'un autre trouble, est pris pour acquis. C'est pourquoi d'autres études comme la nôtre sont nécessaires.

Le pourcentage de comorbidité de 14,3% dans notre échantillon est un bon indice du taux de base (prévalence) dans la population générale. Peut-on présumer que la plupart des études employant des échantillons représentatifs ont un pourcentage de comorbidité plus bas que les échantillons cliniques? La présente étude ne peut répondre avec certitude à cette question, compte-tenu de la revue brève des taux de comorbidité observés dans les échantillons populationnels et cliniques. Par contre, il serait de mise de faire une étude, une méta-analyse de préférence, portant sur la récession complète du taux de comorbidité clinique et populationnel. Quoiqu'il en soit, un effort a été fait pour utiliser comme point de référence le *DSM-III-R* et sa terminologie, afin de classer les sujets comme ayant ou non un trouble, et ce, à partir de diagnostics établis à l'aide du DISC-2 (Shaffer et al., 1991). Ceci permet de croire que les taux de comorbidité que nous observons dans notre étude sont relativement fiables et valides.

### **L'apport des dimensions de la personnalité dans l'explication des troubles mentaux.**

Le postulat de Cloninger (1987) voulant que les trois dimensions de la personnalité, proposées dans sa théorie, soient associées à diverses psychopathologies, a été mis à l'épreuve empiriquement selon une perspective développementale, afin d'en vérifier le lien prédictif, eu égard aux troubles perturbateurs (TP) et aux troubles dépressifs (TD), ainsi qu'à leur présence simultanée en comorbidité. Notre étude contribue donc à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'étude de la comorbidité. Nous avons mentionné dans la revue de la littérature qu'il serait possible de prédire les deux catégories de troubles (i.e. les TP et les TD) à partir de certaines dimensions de la personnalité (Block, 1991; Tremblay et al., 1994). Quant aux résultats de la présente étude, ils montrent que les trois dimensions proposées par Cloninger (1987) clarifient cette prédiction. Par contre, la proportion de variance expliquée par ces relations est assez modeste (0,025 et 0,016).

Ainsi, il semble que l'évitement de la douleur, la recherche de la nouveauté et la dépendance envers les récompenses, sont des dimensions de la personnalité, utiles dans la prédiction des deux types de trouble. Des différences ont été observées au niveau de ces dimensions pour trois des quatre groupes diagnostiques: les perturbateurs, les dépressifs et ceux qui ne manifestent aucun problème. Toutefois, un résultat inattendu et surprenant est que les sujets comorbides n'ont pas affiché de différence significative au niveau de ces trois dimensions de la personnalité. Nous discuterons plus loin de ce résultat. Comme la présente étude tenait compte de deux périodes développementales (enfance et pré-adolescence) et que les résultats ont montré une différence à ce niveau, nous discuterons les implications des résultats en fonction de ces deux périodes.

### Données longitudinales sur la personnalité.

La recension de la littérature met en évidence le fait qu'il y a peu d'études longitudinales mettant en relation des données sur la personnalité des individus à différents moments de leur développement et la présence de troubles perturbateurs (TP) et/ou de troubles dépressifs (TD) à l'adolescence. Notre étude procure donc une contribution significative à cet égard. De plus, la présente étude a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1597 adolescents, ce qui marque aussi un avancement sur le plan méthodologique. Il ressort des résultats que, pour deux des trois dimensions de la personnalité, le temps de mesure n'avait pas d'importance. Pour la dépendance envers les récompenses et la recherche de la nouveauté, on conclut donc à une certaine stabilité/continuité. Cette conclusion doit néanmoins être nuancée puisque, tel que le montrent Moss et Susman (1980) dans leur revue des études longitudinales sur le développement de la personnalité, l'évaluation de la personnalité est difficile à effectuer en termes de stabilité et de changement. Non seulement les comportements peuvent changer, mais, selon Moss et Susman (1980), les comportements peuvent être remplacés, supplantés ou se transformer en d'autres comportements lors du développement des individus. Par contre, la dimension de l'évitement montre bien l'instabilité/discontinuité possible des dimensions de la personnalité, puisque cette dimension n'est reliée significativement qu'aux diagnostics TD et qu'aux sans problème que lorsqu'elle est évaluée à la pré-adolescence. Il est possible que les enseignants ne soient pas en mesure d'évaluer de façon fiable cet aspect au cours de l'enfance, ou encore, que ces symptômes puissent varier au fil du développement des adolescents. À la lumière de ces résultats nous pouvons conclure que le développement des individus

implique le changement, que les comportements augmentent ou diminuent en fréquence à travers les âges (Moss et Susman, 1980) et que l'on doit, en conséquence, en tenir compte dans les études qui tentent de prédire les problèmes de santé mentale.

Pour les autres dimensions, il ne semble pas y avoir de changement majeur, selon la période de développement considérée, de telle sorte que les évaluations effectuées à l'enfance et à l'adolescence sont toutes deux reliées aux différents diagnostics que nous avons étudiés. L'analyse de la stabilité/changement demanderait une analyse plus détaillée, mais nous nous contenterons ici de constater la continuité de ces deux dimensions en soulignant que cette question ne fait pas partie des objectifs de notre étude. Précisons qu'à notre avis, la présentation et la définition seules des concepts nécessaires exigerait une autre étude.

**Enfance.** La période de l'enfance dans la présente étude, couvre la période de six à huit ans. Les résultats montrent que, dès l'enfance, certains traits de personnalité sont associés à la manifestation de certains troubles mentaux à l'adolescence. Pour la période de l'enfance, les résultats montrent une différence pour deux des trois dimensions de Cloninger (1987) dans la prédiction des troubles. La seule dimension qui ne contribue pas à différencier les groupes est celle de l'évitement de la douleur. Cependant, les dimensions de la dépendance envers les récompense et de la recherche de la nouveauté apportent des éléments dans la manifestation des troubles. Une description détaillée des caractéristiques des dimensions font ressortir celles-ci.

Tout d'abord, il y a un groupe diagnostique qui se montre différent des deux autres groupes sur deux dimensions de la personnalité. Ce sont les TP qui sont différents des TD et de ceux sans problème quant aux dimensions de la recherche de la nouveauté et de la dépendance envers les récompenses. Il est possible de décrire les dimensions de la personnalité et les caractéristiques propres à ces individus. Comme les résultats des TP se distinguent de ceux des autres groupes, il semble adéquat que la description se fasse à partir des TP. Pour la recherche de la nouveauté, les TP sont plus « en recherche » que les TD et que ceux sans problème. Les résultats suggèrent que les dépressifs et les adolescents sans problème sont davantage réfléchis, stoïques et rigides et que les TP sont davantage explorateurs, excités, impulsifs. Pour la dimension de la dépendance envers les récompenses, les dépressifs et les adolescents sans problème sont plus dépendants envers les récompenses sociales, donc plus chaleureux, sentimentaux et persistants, contrairement aux TP qui sont plutôt entêtés, détachés et émotionnellement froids. Notons que les épithètes utilisées pour mieux décrire les caractéristiques associées aux diverses dimensions proviennent des descriptions proposées par Cloninger (1987) des individus se situant à une extrémité sur chaque dimension, et des items que nous avons utilisés pour établir la mesure des dimensions.

**Pré-adolescence.** Pour la pré-adolescence, les résultats sont encore plus complets puisque les trois dimensions contribuent à distinguer le groupe des TP et celui des TD. En effet, à l'enfance, seules deux des trois dimensions sont associées de façon significative aux troubles étudiés. La nouvelle

dimension qui s'ajoute pour cette période développementale est l'évitement de la douleur. Pour cette dimension, les dépressifs ont un score plus élevé que les adolescents sans problème. De façon précise, on peut dire que les TD sont davantage prudents, inquiets et inhibés. À l'opposé, comme le décrit Cloninger (1987), les adolescents sans problème sont « peu évitant », et, par conséquent, plus intrépides, insouciant et sans complexe.

Au cours de l'enfance, nos résultats mettent en évidence des différences entre les TP, les TD et les adolescents sans problème au niveau de deux dimensions de la personnalité. Mais, pour la pré-adolescence, le portrait est beaucoup plus complet. En effet, en rassemblant les descriptions précédentes, nous constatons qu'il est possible de distinguer les TP, les TD et les adolescents sans problème au niveau des trois dimensions. Le tableau 20 présente de façon verticale les trois profils de personnalité qui, dès la pré-adolescence, sont associés aux différents groupes diagnostiques. Les TD se distinguent des adolescents sans problème parce qu'ils sont plus évitants des sources de douleur. Les TD se distinguent des TP parce qu'ils sont moins en recherche de nouveauté et plus dépendants envers les récompenses. Enfin, les adolescents sans problème se distinguent des TP en étant moins en recherche de nouveauté et plus dépendants envers les récompenses. Ainsi, les TD sont davantage réfléchis, stoïques, rigides, chaleureux, sentimentaux, persistants, prudents, inquiets et inhibés. Les TP sont explorateurs, excités, impulsifs, entêtés, détachés et émotionnellement froids. L'examen du tableau 20 montre qu'il est possible de distinguer aussi clairement les adolescents sans problème des autres. Ceux-ci seraient plus réfléchis, stoïques, rigides, chaleureux, sentimentaux, persistants, intrépides, insouciant et sans complexe.



**Tableau 20**

Caractéristiques de la personnalité des différents groupes diagnostiques.

Dimensions	Groupes diagnostiques		
	Sans problème	TD	TP
Recherche	réfléchis stoïques rigides	réfléchis stoïques rigides	comportements explorateurs impulsifs excités
Dépendance	chaleureux sentimentaux persistants	chaleureux sentimentaux persistants	entêtés détachés émotionnellement froids
Évitement	intrépides insouciant sans complexe	prudents inquiets inhibés	

Notes. TD = Troubles dépressifs, TP = Troubles perturbateurs, Recherche = Recherche de la nouveauté, Dépendance = Dépendance envers les récompenses, Évitement = Évitement de la douleur.

Les traits de personnalité détaillés ci-haut, sont décrits comme s'ils étaient des réalités ou des construits sans équivoque chez tous les individus se qualifiant sur une dimension. Ils devraient plutôt être envisagés dans la perspective d'un continuum, c'est-à-dire comme des dimensions plus ou moins présentes chez un individu à différents moments de son développement. Le tableau 21 illustre cette conception pour les trois dimensions et pour les trois groupes tout en présentant un résumé synthèse des résultats. Ainsi, on pourrait dire que pour la dimension de l'évitement de la douleur, les TD sont prudents, inquiets et inhibés alors que les adolescents sans problème sont moins prudents, inquiets et inhibés.

**Tableau 21**

Tableau synthèse des caractéristiques de la personnalité à la pré-adolescence selon leur degré de présence pour les différents groupes diagnostiques.

Dimensions	Groupes diagnostiques			
	Sans problème	TD	TP	Comorbides
Recherche	-	-	+	NS
Dépendance	+	+	-	NS
Évitement	-	-	NS	NS

Note. TD = Troubles dépressifs, TP = Troubles perturbateurs, Recherche = Recherche de la nouveauté, Dépendance= Dépendance envers les récompenses, Évitement = Évitement de la douleur, - = Moins présent, + = Plus présent, NS = Ne montre aucun lien significatif.

### **Facteurs de risque d'ordre personnel**

L'hypothèse selon laquelle les caractéristiques individuelles (la personnalité en particulier) régissent en partie l'apparition et la manifestation de certains symptômes, est appuyée par la présente étude. Par contre, les prédictions de Gladstone et al. (1997), à l'effet que les liens entre les facteurs de risque d'ordre personnel (qui renvoient au comportement et au tempérament) et les troubles ultérieurs qui peuvent varier selon le sexe des sujets et le type particulier de problème, se sont révélées non fondées dans la présente étude. À tout le moins, les résultats des analyses multivariées ne permettent pas de supporter cette hypothèse et ce, ni pour les troubles perturbateurs (TP) ni pour les troubles dépressifs (TD). Nous verrons ainsi, pour chaque groupe diagnostique, les ressemblances et les différences entre ce que les recherches antérieures rapportent, et les résultats de la présente étude. Le tableau 22 résume les études qui ont examiné la relation entre la personnalité et la manifestation subséquente de TP et de TD.

**Tableau 22**

Résumé des résultats des différentes études qui comparent deux groupes diagnostiques ou plus.

Auteurs Mesures	Groupes diagnostiques			
	TP	TD	TP/TD	Sans problème
Herkov et Myers (1996) MMPI		+ Dépression + Introversiion	+ Rareté + Hypomanie	
Tremblay et al. (1994) Cloninger	+ Recherche - Évitement - Dépendance			+ Recherche - Évitement + Dépendance
Tranah et al. (1998) Eysenck	+ Recherche NS Évitement + Dépendance			- Recherche NS Évitement - Dépendance
Présente étude Cloninger	+ Recherche NS Évitement - Dépendance	- Recherche + Évitement + Dépendance	NS Recherche NS Évitement NS Dépendance	- Recherche - Évitement + Dépendance

Note. TP = Troubles perturbateurs, TD = Troubles dépressifs, TP/TD = Comorbides perturbateurs et dépressifs, Recherche = Recherche de la nouveauté, Dépendance = Dépendance envers les récompenses, Évitement = Évitement de la douleur, - = Moins présent, + = Plus présent, NS = Ne montre aucun lien significatif.

Comme on peut le voir dans le tableau précédent, la présente étude est la seule à avoir pris en considération les quatre groupes diagnostiques. Pour les sujets avec une double problématique, aucune association avec les dimensions de la personnalité n'a été observée. Ce résultat est quelque peu inattendu. Dans les recherches précitées, une étude montre une association de certains traits de la personnalité avec la comorbidité des TP et des TD. D'après les résultats d'Herkov et Myers (1996), qui ont utilisé le MMPI, les sujets comorbides pouvaient se différencier des TD sur les dimensions rareté et hypomanie. Ces dimensions ont comme corrélats le fait d'avoir beaucoup d'énergie, une estime de soi élevée, un faible niveau d'anxiété sociale et le fait d'être quelqu'un d'optimiste (Herkov & Myers, 1996). Un lien probable entre ces échelles du MMPI et les dimensions de Cloninger serait respectivement, une recherche de la nouveauté élevée,

un évitement de la douleur élevé et une faible dépendance envers les récompenses. Bref, le profil de personnalité avec une recherche de la nouveauté élevée, un évitement de la douleur élevé et une faible dépendance envers les récompenses représente le profil attendu dans la présente étude en ce qui concerne les sujets comorbides. Cependant, nos résultats ne concordent pas avec cette prédiction. Nous devons nous montrer conservateur quant à cette interprétation, considérant la façon dont nous associons les construits des échelles du MMPI avec les dimensions de Cloninger (1987).

Il se peut que les dimensions de la personnalité de Cloninger (1987) ne soient pas pertinentes à la prédiction des troubles comorbides. Le nombre restreint de sujets pour le groupe comorbide de la présente étude (15 garçons et 27 filles) peut aussi expliquer pourquoi ce groupe ne se distingue pas des autres au chapitre des dimensions de la personnalité. D'autres recherches sont nécessaires afin de clarifier les dimensions de la personnalité qui distinguent les individus aux prises avec une problématique double par rapport à ceux aux prises avec une problématique simple ou sans problème. Pour l'instant, il semble que des dimensions de la personnalité, opposées conceptuellement, se neutralisent les unes les autres chez les individus aux prises avec des troubles aux tendances opposées, tels un TP et un TD. Cette hypothèse est appuyée par celle stipulant que, les individus avec une double problématique affichent des cotes extrêmes sur les dimensions de la personnalité qui caractérisent par ailleurs les individus aux prises avec chaque problématique séparément. Ces dimensions (recherche de la nouveauté, évitement de la douleur ou dépendance envers les récompenses sociales) peuvent en quelque sorte constituer les extrêmes d'un même continuum.

À l'opposé des adolescents avec des troubles comorbides, les adolescents normaux, c'est-à-dire ceux n'ayant ni un TP ni un TD, ont montré des caractéristiques distinctes. Le profil de personnalité des individus normaux, dans la présente étude, est caractérisé par une faible recherche de nouveauté, un faible évitement de la douleur et une forte dépendance envers les récompenses. Ce profil contraste avec les résultats de Tremblay et al. (1994) en ce qui concerne la recherche de la nouveauté. Pour les deux autres dimensions, les résultats concordent avec ceux de ces derniers. Si on considère les résultats de Tranah et al. (1996), seule la recherche de la nouveauté montre le même degré de présence (faible). Bref, nos résultats concordent avec ceux de Tranah et al. (1996) et avec ceux de Tremblay et al. (1994) au chapitre de l'évitement de la douleur et de la dépendance envers les récompenses.

Ici encore, certaines limites méthodologiques pourraient être la source des différences entre les différents groupes diagnostiques. Pour le groupe TD, Herkov et Myers (1996) observent des résultats que nous devons interpréter pour savoir s'ils concordent avec les résultats de la présente étude. Ces auteurs mentionnent que les corrélats associés aux échelles 2 (Dépression) et 0 (Introversion) sont la tristesse, être inquiet, se sentir coupable, avoir une faible estime de soi, être fatigué, pessimiste, introverti et manquer de support social. Si l'on compare ces corrélats avec ceux de Cloninger (1987) dans le tableau 7, on peut conclure qu'ils vont dans le sens d'un évitement élevé parce qu'ils semblent avoir une grande ressemblance avec le fait d'être inquiet, prudent et inhibé. Comme dans la présente étude, l'évitement de la douleur élevé est relié aux TD. Un lien peut être souligné à cet égard. Cloninger (1987) associe la dimension de l'évitement de la douleur au système sérotonergique (voir Matthews & Deary, 1991;

McBurnett, 1991). Or, plusieurs études suggèrent que la sérotonine est un neurotransmetteur fortement associé aux troubles de l'humeur et particulièrement au TDM (Hammen, 1991). Pour les TD, les deux autres dimensions de Cloninger (1987), soit une faible recherche de la nouveauté, soit une forte dépendance envers les récompenses, ressortent dans la présente étude. Il serait important de mener une nouvelle étude avec des sujets dépressifs et de confirmer les présents résultats. Pour l'instant, on peut avancer que le profil d'un adolescent dépressif sans TP se caractérise par une recherche de la nouveauté faible, un évitement de la douleur élevé et une forte dépendance envers les récompenses (de nature sociale).

Selon Tranah et al. (1998), l'impulsivité (qui est fortement associée à la recherche de la nouveauté) et le psychotisme (qui reflète une faible dépendance envers les récompenses sociales, une faible sensibilité aux marques d'appréciation de la part d'autrui et une faible sensibilité aux besoins d'autrui) devraient se présenter comme étant les traits les plus utiles dans la différentiation entre les sujets avec un trouble des conduites (TC et les sujets normaux). Les propositions de Tranah et al. (1998) se confirment car il y a une dimension qui, à travers les trois études (Herkov & Myers, 1996; Tranah et al., 1998; Tremblay et al., 1994), s'avère toujours présente: il s'agit de la recherche de la nouveauté. Cette constatation nous amène à postuler que les adolescents ayant des TP sont facilement excités, impulsifs et ont un comportement explorateur. Plusieurs ressemblances se dégagent entre les trois études à la lecture du tableau 22. D'abord, autant dans l'étude de Tranah et al. (1998) que dans la nôtre, l'évitement de la douleur n'aide pas à différencier le groupe des TP des autres groupes. Par contre, la faible dépendance envers les récompenses permet de prédire les TC dans l'étude de Tremblay et al. (1994) et dans la présente étude. Selon les

données que procurent la présente étude, le profil de personnalité d'un adolescent avec un TP correspond à quelqu'un qui présente une forte recherche de la nouveauté, une faible dépendance aux sanctions sociales, sans toutefois se distinguer au chapitre de l'évitement de la douleur. Ici encore, un lien peut-être souligné avec le système biologique. Cloninger (1987) postule que la dimension de la recherche de la nouveauté est régie par le système dopaminergique alors que la dimension de la dépendance envers les récompenses est régi par le système noradréalinique (voir aussi McBurnett, 1991; Mettews & Deary, 1998). Or, bien que l'évidence empirique devra être étayée, certaines études suggèrent que ces deux neurotransmetteurs sont aussi associés à l'agressivité, aux comportements antisociaux ou aux TC (voir les recensions de Kazdin, 1995; Linnoila, 1997; Berman, Kavoussi, & Coccaro, 1997).

En terminant notons que, curieusement, le SSE, qui était considéré par Valla et al. (1994) comme étant un précurseur de sentiments dépressifs, d'une dépression clinique et de TP, n'a pas apporté de contribution significative dans la présente étude. La perspective interactionniste qui postule que les différents TP et TD résultent d'une interaction entre une vulnérabilité individuelle (par exemple, une forte réactivité émotionnelle ou des comportements anxieux ou timides en bas âge) et des facteurs environnementaux (par exemple, une famille à très faible revenu), n'a pas été confirmée dans la présente étude. Notons que de nombreuses variables environnementales n'ont pas été considérées dans notre étude. Nous ne pouvons donc rejeter l'hypothèse interactionniste sur la base seule de nos résultats.

## Forces et limites de l'étude

### **Forces**

La présente étude accomplit une double fonction. La première est d'établir la prévalence des troubles dépressifs (TD) et des troubles perturbateurs (TP) chez les adolescents québécois de 15-16 ans et d'identifier la présence de facteurs de risque communs, susceptibles d'expliquer la comorbidité entre ces deux catégories de trouble. Bien que certaines études aient étudié le phénomène au Québec, il y a peu d'études représentatives de la population générale. Comme notre étude est basée sur un échantillon initialement représentatif des adolescents québécois, nous pouvons donc généraliser les résultats de façon fiable à l'ensemble des adolescents québécois. La deuxième fonction de l'étude est particulière parce que nous croyons que les trois dimensions de la personnalité de Cloninger (1987) sont susceptibles de distinguer précocement les adolescents aux prises avec des TP, des TD ou les deux à la fois. Les trois dimensions pourraient ainsi servir de prédicteurs dans un instrument de dépistage par exemple, ce qui est une contribution pratique non négligeable. Par ailleurs, il est possible d'appliquer ces résultats à d'autres théories de la personnalité puisque les dimensions de Cloninger (1987) sont comparables entre autres, à celles de Eysenck et Zuckerman (voir Matthews & Deary, 1998; Zuckerman & Cloninger, 1996).

Par ailleurs, la méthodologie de la présente étude est assez rigoureuse. Le DISC-2 (Shaffer et al., 1991) est un instrument dont les propriétés psychométriques ont été évaluées sur le plan empirique et qui s'avèrent satisfaisantes. Le modèle théorique de Cloninger (1987) sur lequel repose la mesure des facteurs de risque d'ordre personnel est un modèle reconnu, quoique ses capacités prédictives ne sont que partiellement vérifiées par la présente recherche.



### **Limites**

Une des limites de notre étude à souligner, est la perte de sujets à l'évaluation de 15-16 ans. La présence d'un biais d'attrition vient quelque peu limiter la généralisation des résultats. Comme les répondants qui ont cessé de participer à la cueillette des données sont, pour certaines variables, différents de ceux qui ont continué, il nous faut conclure que les résultats ne s'appliquent pas à la population entière mais à un sous-ensemble ayant des caractéristiques particulières.

Par ailleurs, le recours à l'évaluation des professeurs n'est peut-être pas une mesure adéquate des dimensions de la personnalité telles que définies par Cloninger (1987). De plus, les mesures des dimensions de la personnalité sont limitées. Il aurait été plus approprié de faire cette étude avec des évaluations comportementales désignées spécialement pour évaluer ces modèles spécifiques de la personnalité, comme avec le questionnaire de Cloninger par exemple. D'autres études sont aussi nécessaires pour déterminer le poids relatif des dimensions de la personnalité dans l'émergence et la manifestation des problèmes de santé mentale que nous avons étudiés.

### **Conclusion**

La présente étude a montré qu'il est possible d'utiliser des données longitudinales pour distinguer prospectivement les adolescents aux prises avec divers problèmes de santé mentale. Il reste toutefois à clarifier la situation des individus aux prises avec un trouble comorbide qui, à la lumière des résultats actuels, ne semblent se distinguer sur aucune des dimensions de la personnalité que nous avons étudiées au cours de l'enfance et de la pré-adolescence.

## Références

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: author.
- Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., & Silva, A. (1987). DSM-III disorders in pre-adolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. Archives of General Psychiatry, 28, 842-846.
- Angold, A., & Costello, E.J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical and methodological issues. American Journal of Psychiatry, 150, 1779-1791.
- Behar, L.B., & Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child. Developmental Psychology, 7, 601-610.
- Benda, B.B., & Corwyn, R.F. (1998). Adolescent deviant behavior: Multiple contingency table analyses of overlap between behaviors. Journal of Social Service Research, 24, 29-59.

- Bergeron, L., & Valla, J.P. (1996). Variables associées aux troubles dépressifs. Dans C. Doutheau, H. Petit, M. De Boucaud, D. Sechter, P. Jocquet, M. Collard, J.-P. Chabannes, M. Ohayon, & B. Lafont (Eds.), L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents (pp. 48-75). Toulon: Masson.
- Berkson, J. (1946). Limitations of the applications of fourfold table analysis to hospital data. Biometrics Bulletin, 2, 47-53.
- Berman, M.E., Kavoussi, R.J., & Coccaro, E.F. (1997). Neurotransmitter correlates of human aggression. Dans D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), Handbook of antisocial behavior (pp.305-313). NY: John Wiley & Sons.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) with conduct, depressive, anxiety and other disorders. American Journal of Psychiatry, 148, 564-577.
- Bird, H.R., Canino, C., Rubio-Stipec, M., Gould, M.S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-goldman, S., Pagan, A., Sanchez-Lacay, A., & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. Archives of General Psychiatry, 45, 1120-1126.

- Bird, H.R., Gould, M.S., & Staghezza, B.M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 361-368.
- Blazer, D.G., Keeler, R.C., McGonagle, K.A., & Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The national comorbidity survey. American Journal of Psychiatry, 151, 979-986.
- Blishen, B.R., Carroll, W.K., & Moore, C. (1987). The 1981 socioeconomic index for occupations in Canada. Canadian Review of Sociology and Anthropology, 24, 465-488.
- Blishen, B.R., & McRoberts, H.A. (1976). A revised socioeconomic index for occupations in Canada. Canadian Review of Sociology and Anthropology, 15, 352-371.
- Block, P.(1991). Measurement and interrelations of psychiatric symptomology in inpatients. Psychological Reports, 68, 1055-1056.
- Breton, J.J. (1993). Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes: Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services. Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies, Santé Québec.

- Cairns, R.B., & Rodkin, P. (1998). Phenomena regained: From configurations to pathways. Dans R.B. Cairns, L.R. Bergman & J. Kagan (Eds.), Methods and models for studying the individual (pp.245-265). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Capsi, A. (1998). Personality development across the life course. Dans D. William (Ed.), Handbook of child psychology (5th ed.) (pp. 311-388). NY: John Wiley & Sons..
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Co-morbidity in child psychopathology: Concepts issues, and research strategies. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 132, 1063-1080.
- Chicchetti, D., & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. American Psychologist, 53, 221-241.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. Archives of General Psychiatry, 44, 573-588.
- Cohen, M. A. (1998). The monetary value of saving a high-risk youth. Journal of Quantitative Criminology, 14, 5-33.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L., Shure, M.B., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. American Psychologist, 48, 1013-1022.

- Elliott, D.S., Huizinga, D., & Menard, S. (1989). Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems. NY: Springer-Verlag.
- Eysenck, H.J. (1970). The structure of human personality. London, England: Methuen & Co.
- Feehan, M., McGee, R., Williams, S.M. (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 118-1126.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., & Lynksey, M.T. (1993). The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 899-916.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T., & Horwood, J. (1996). Origins of comorbidity between conduct and affective disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 451-460.
- Fisher, P.W., Shaffer, D., Piacentini, J.C., Lapkin, J., Kafantaris, V., Leonard, H., & Herzog, D.B. (1993). Sensitivity of the diagnostic interview schedule for children, 2nd edition (Disc-2.1) for specific diagnoses of children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 666-673.

- Fleming, J.E., Boyle, M.H., & Offord, D.R. (1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 28-33.
- Fleming, J.E., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 571-580.
- Frick, P.J., Lahey, B.B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M.A.G., Hart, E.A., & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of a factor analyses and cross-validation in a clinic sample. Clinical Psychology Review, 13, 319-340.
- Gladstone, T.R.G., Kaslow, N.J., Seeley, J.R., & Lewinsohn, P.M. (1997). Sex differences, attributional style, and depressive symptoms among adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 25, 297-305.
- Gray, J.A. (1987). The psychology of fear and stress (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammen, C.L. (1991). Mood disorders (unipolar depression). Dans M. Hersen & S.M. Turner (Eds.), Adult psychopathology and diagnosis (pp. 170-207). NY: John Wiley & Sons.

- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *30*, 434-439.
- Herkov, M.J., & Myers, W.C. (1996). MMPI profiles of depressed adolescents with and without conduct disorder. Journal of Clinical Psychology, *52*, 705-710.
- Hinden, B.R., Compas, D.C., Howell, D.C., & Achenbach, T.M. (1997). Covariation of the anxious-depressed syndrome during adolescence: Separating fact from artifact. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *65*, 6-14.
- Jensen, P., Roper, M., Fisher, P., Piacentini, J., Camino, G., Richters, J., Rubio-Stipec, M., Dulcan, M., Goodman, S., Davies, M., Rae, D., Shaffer, D., Bird, H., Lahey, B., & Scweab-Stone, M. (1995). Test-retest reliability of the diagnostic interview schedule for children (DISC 2.1). Archives of General Psychiatry, *52*, 61-71.
- Jessor, R., & Jessor, S.L. (1977). Problem behavior and psychosocial development. NY: Academic Press.
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F., & Turbin, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. Developmental Psychology, *31*, 923-933.



- Kagan, J. (1969). The three faces of continuity in human development. *Dans* D.A. Goslin (Ed.), Handbook of socialization theory and research (pp. 983-1002). Chicago, IL: Rand McNally.
- Kashani, J.H., Beck, N.C., Hooper, E.W., Fallahi, C., Corcoran, C.M., McAllister, J.A., Rosenberg, T.K., & Reid, J.C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. American Journal of Psychiatry, *144*, 584-589.
- Kazdin, A.E. (1995). Conduct disorders in childhood and adolescence (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Keller, M.B., Klein, D.N., Hirschfeld, R.M.A., Kocsis, J.H., McCullough, J.P., Miller, L., First, M.B., Holzer, C.P., Keitner, G.L., Martin, D.B., & Shea, T. (1995). Results of the DSM-IV mood disorders field trial. American Journal of Psychiatry, *152*, 843-849.
- Kendall, P.C., & Clarkin, J.F. (1992). Introduction to special section: Comorbidity and treatment implications. Journal of Clinical and Consulting Psychology, *60*, 833-834.
- Klein, D.N., Norden, K.N., Ferro, T., Leader, J.B., Karsch, K.L., Klein, L.M., Schwartz, J.E., & Aronson, T.A. (1998). Thirty-month naturalistic follow-up study of early-onset dysthymic disorder: Course, diagnostic, stability, and prediction of outcome. Journal of Abnormal Psychology, *107*, 338-348.

- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S.L., Pollock, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. II. a longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. Archives of General Psychiatry, *41*, 643-649.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood: III. a longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. Journal of Affective Disorders, *15*, 205-217.
- Le Blanc, M., & Girard, S. (1995). The generality of deviance: Replication over several decades with a Canadian sample of adjudicated boys. Canadian Journal of Criminology, *33*, 171-183.
- Lewinsohn, P.M., Clark, G.N., Seeley, J.R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time of recurrence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *33*, 809-818.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H., & Seeley, J.R. (1997). Depression-related psychosocial variables in adolescence: Are they specific to depression? Journal of Abnormal Psychology, *106*, 365-375.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk, factors, and clinical implications. Clinical Psychology Review, *18*, 765-794.

- Linnoila, M. (1997). On the psychobiology of antisocial behavior. *Dans* D.M. Stoff, J. Breiling & J.D. Maser (Eds.), Handbook of antisocial behavior (pp.336-340). NY: John Wiley & Sons.
- Loeber, R., & Farrington, D.P. (1994). Problems and solutions in longitudinal and experimental treatment studies of child psychopathology and delinquency. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *62*, 887-900.
- Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M., & Van Kammen, W.B. (1998). Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Magnusson, D. (1998). The logic and implications of a person-oriented approach. *Dans* R.B. Cairns, L.R. Bergman & J. Kagan (Eds.), Methods and models for studying the individual (pp. 35-64). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Matthews, G., & Deary, I.J. (1998). Personality traits. NY: Cambridge University Press.
- McBurnett, K. (1991). Psychological approaches to personality and their applications to child psychopathology. Advances in Clinical Child Psychology, *14*, 107-164.

- McGee, L., & Newcomb, M.D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 766-776.
- McGee, R.O., & Williams, S. (1988). A longitudinal study of depression in nine-year-old children. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 342-348.
- McGee, R.O., Williams, S., Partridge, F., Silva, P.A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 611-619.
- McBurnett, K., Lahey, B.B., Frick, P.J., Risch, C., Loeber, R., Hart, E.L., Christ, A.G., & Hanson, K.S. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: II Relation to salivary cortisol. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 192-196.
- Moss, H.A., & Susman, E.J. (1980). Longitudinal study of personality development. Dans O.G. Brim, Jr. & J. Kagan (Eds.), Constancy and change in human development (pp. 530-595). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychological bulletin, 44, 424-443.

- Nottelmann, E.D., & Jensen, P.S. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. Advances in Clinical Psychology, 17, 109-155.
- Osgood, D.W., Johnston, L.D., O'Malley, P.M., & Bachman, J.G. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. American Sociological Review, 53, 81-93.
- Orvaschel, H., Puig-Antich, J., Chambers, W.J., Tabrizi, M.A., & Johnson, R. (1982). Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-E. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 392-397.
- Quay, H.C. (1988). The behavioral reward and inhibition system in childhood behavior disorder. Dans L.M. Bloomingdale (Eds.) Attention deficit disorder. New research in attention, treatment, and psychopharmacology (pp.176-186). Oxford: Pergamon Press.
- Robins, L.N. (1978). Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. Psychological Medecine, 8, 611-622.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., & Ratcliff, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. Archives of General Psychiatry, 38, 381-389.

- Schachar, R., & Wachsmuth, R. (1990). Oppositional disorder in children: A validation study comparing conduct disorder, oppositional disorder and normal control children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31, 1089-1102.
- Shaffer, D., Gould, M., Rutter, M., & Sturge, C. (1991). Reliability and validity of a psychosocial axis in patients with child psychiatric disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 109-115.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). Using multivariate statistics (3rd. Ed.). NY: Harper Collins.
- Tranah, T., Harnett, P., & Yule, W. (1998). Conduct disorder and personality. Personality and Individual Differences, 24, 741-745.
- Tremblay, R.E., Pihl, R.O., Vitaro, F., & Dobkin, P.L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior: A test of two personality theories. Archives of General Psychiatry, 51, 732-738.
- Tremblay, R.E., Loeber, R., Gagnon, C., Charlebois, P., Larivée, S., & Le Blanc, M. (1991). Disruptive boys with stable and unstable high fighting behaviour patterns during junior elementary school. Journal of Abnormal Child Psychology, 19, 285-300.
- Valla, J.P., Bergeron, L., Breton, J.J., Gaudet, N. et al. (1994). Informants, correlates and child disorders in a clinical population. Canadian Journal of Psychiatry, 38, 406-411.

- Valla, J.P., Bergeron, L., & Lageix, P. (1996). Variables associées au trouble d'opposition et des conduites. *Dans* C. Doutheau, H. Petit, M. De Boucaud, D. Sechter, P. Jocquet, M. Collard, J.-P. Chabannes, M. Ohayon, & B. Lafont (Eds.), L'étude épidémiologique des variables associées aux troubles mentaux des enfants et des adolescents (pp. 48-75). Toulon: Masson.
- Valla, J.P., Breton, J.J., & Bergeron, L. (1992). Pilot study for the Quebec child mental health survey: II. correlates of DSM-III-R criteria among six to 14 years olds. Canadian Journal of Psychiatry, *37*, 381-386.
- Verhulst, F.C., & Van der Ende, J. (1993). Comorbidity in an epidemiological sample: A longitudinal perspective. Journal of Child Psychology and Psychiatry, *34*, 767-783.
- Walker, J.L., Lahey, B.B., Russo, M.F., Frick, P.J., Christ, M.A.G., McBurnett, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Green, S.M. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I Relations to social impairment. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *30*, 187-191.
- Weiber, K., & Duveen, G. (1981). Further development and validation of the prosocial behavior questionnaire for use by teachers. Journal of Child Psychology and Psychiatry, *22*, 357-374.

- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 547-556.
- Zoccolillo, M., & Rogers, K. (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 973-981.
- Zuckerman, M., & Cloninger, C.R. (1996). Relationships between Cloninger's, Zuckerman's, and Eysenck's dimensions of personality. Personality and Individual Differences, 21, 283-285.



## **Annexe A**

Critères diagnostiques des  
problèmes de santé mentale à l'étude

**Tableau 1**Critères diagnostiques du trouble dépressif majeur selon le DSM-III-R.

- 
- A. Deux ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, chacun séparé par un retour plus ou moins complet d'au moins deux mois au fonctionnement habituel (s'il y a eu un antécédent d'épisode dépressif majeur, l'épisode dépressif en cours ne doit pas obligatoirement répondre à l'ensemble des critères de l'épisode dépressif majeur).
- B. N'a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque franc.
-

**Tableau 2**Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-III-R.

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir présenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. (Ne pas inclure les symptômes qui sont manifestement imputables à une affection physique, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur, à une incohérence ou à un relâchement marqué des associations).
- (1) Humeur dépressive (ou éventuellement irritabilité chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
  - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres et décrite comme une apathie presque constante).
  - (3) Perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime (par exemple: plus de 5% du poids corporel en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours (chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue).
  - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
  - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
  - (7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (signalés par le sujet ou observés par les autres).
  - (9) Pensées récurrentes de la mort (pas seulement une crainte de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. 1) Il n'a pas pu être établi qu'un facteur organique a initié et maintenu le syndrome.
- 2) La perturbation ne constitue pas une réaction normale à la mort d'un être cher (deuil non compliqué).

**N.B.:** La présence de préoccupations morbides avec sentiments d'indignité, idées de suicide, handicap fonctionnel ou ralentissement psychomoteur marqués ainsi qu'une durée prolongée du deuil suggèrent un deuil compliqué par une dépression majeure.

- C. À aucun moment de l'évolution de la perturbation, il n'y a eu présence d'idées délirantes ou d'hallucinations pendant au moins deux semaines en l'absence de symptômes thymiques marqués (c'est-à-dire avant la survenue des symptômes thymiques ou après leur rémission).
  - D. Non surajouté à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un trouble psychotique.
-

**Tableau 3**Critères diagnostiques du trouble dysthymique selon le DSM-III-R.

- 
- A. Humeur dépressive (pouvant se traduire par de l'irritabilité chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, la majeure partie du temps, signalée par le sujet ou observée par les autres, pendant au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents).
- B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des critères suivants:
- (1) perte de l'appétit ou hyperphagie
  - (2) insomnie ou hypersomnie
  - (3) baisse d'énergie ou fatigue
  - (4) faible estime de soi
  - (5) difficulté de concentration ou difficulté à prendre des décisions
  - (6) sentiment de perte d'espoir
- C. Au cours d'une période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), les symptômes de A n'ont jamais été absents pendant plus de deux mois consécutifs.
- D. Absence de signes en faveur d'un épisode dépressif majeur manifeste au cours des deux premières années du trouble (de la première année pour les enfants et les adolescents).
- N. B. :** Quand il y a un épisode dépressif majeur antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signe et de symptôme significatif depuis six mois) avant le développement de la dysthymie. Par ailleurs, après les deux années de dysthymie (un an pour les enfants et les adolescents), des épisodes de dépression majeure peuvent se surajouter: dans ce cas, les deux diagnostics sont posés.
- E. N'a jamais présenté d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque franc.
- F. Non surajouté à un trouble psychotique chronique telle une schizophrénie ou un trouble délirant.
- G. Il ne peut pas être établi qu'un facteur organique a initié ou maintenu le trouble (par exemple: administration prolongée d'un traitement antihypertenseur).
-

**Tableau 4**Critères diagnostiques du trouble des conduites selon le DSM-III-R.

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

**N. B. :** Les items cités ci-dessus sont classés par ordre décroissant selon leur valeur discriminante pour le diagnostic des comportements perturbateurs, d'après les données d'une étude nationale des critères du DSM III-R.

- B. À 18 ans ou plus, ne répond pas aux critères de la personnalité antisociale.
-

**Tableau 5**Critères diagnostiques du trouble oppositionnel avec provocation selon le DSM-III-R.

- 
- N. B. :** On considère qu'un critère est rempli quand le comportement est beaucoup plus fréquent que chez la plupart des sujets du même âge mental.
- A. Perturbations persistant au moins six mois, durant lesquels on retrouve au moins cinq des signes suivants:
- (1) se met souvent en colère
  - (2) conteste souvent ce que disent les adultes
  - (3) s'oppose souvent activement aux demandes et aux règles des adultes (par exemple: refuse de faire les corvées domestiques à la maison)
  - (4) fait souvent de façon délibérée des actes qui dérangent les autres (par exemple: saisit brutalement les chapeaux des autres enfants)
  - (5) « en veut » souvent à autrui de ses propres erreurs
  - (6) est souvent susceptible ou facilement agacé par autrui
  - (7) est souvent en colère et rancunier
  - (8) est souvent haineux ou vindicatif
  - (9) jure fréquemment ou utilise des expressions obscènes
- N.B. :** Les items cités ci-dessus sont classés par ordre décroissant selon leur valeur discriminante pour le diagnostic des comportements perturbateurs d'après les données d'une étude nationale des critères du DSM III-R
- B. Ne répond pas aux critères du trouble des conduites, et ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un trouble psychotique, d'une dysthymie ou d'un épisode dépressif majeur, d'un épisode hypomaniaque ou maniaque.
-

## **Annexe B**

Items du QECS, sélectionnés  
pour représenter les dimensions  
de la personnalité de Cloninger (1987)



**Tableau 13**

Items du QECS sélectionnés pour représenter les dimensions de la personnalité de Cloninger (1987).

Dimensions	Items
<b>Évitement de la douleur:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- est inquiet, plusieurs choses l'inquiètent;</li> <li>- a tendance à travailler seul dans son coin, plutôt solitaire;</li> <li>- a l'air triste, malheureux, près des larmes;</li> <li>- a tendance à avoir peur ou à craindre les choses nouvelles ou les situations nouvelles;</li> <li>- pleure facilement.</li> </ul>
<b>Recherche de la nouveauté:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est très agité, toujours en train de courir et sauter, ne demeure jamais en place;</li> <li>- Remue continuellement, se tortille, ne sait comment se tenir sans bouger;</li> <li>- A une faible capacité de concentration;</li> <li>- Facilement distrait;</li> <li>- Abandonne facilement;</li> <li>- Est « dans la lune ».</li> </ul>
<b>Dépendance envers les récompenses:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essaie d'arrêter une querelle ou une dispute entre les enfants;</li> <li>- Invite un enfant qui se tient à l'écart à se joindre à son groupe de jeu;</li> <li>- Essaie d'aider un jeune qui s'est blessé;</li> <li>- Aide spontanément à ramasser des objets qu'un autre jeune a échappé;</li> <li>- Saisit l'occasion de valoriser le travail d'un jeune moins habile;</li> <li>- Montre de la sympathie pour un jeune qui a commis une erreur;</li> <li>- Offre d'aider un jeune qui a de la difficulté dans une tâche en classe;</li> <li>- Aide un jeune qui se sent malade;</li> <li>- Console un jeune qui pleure ou qui est bouleversé;</li> <li>- Se propose pour aide à nettoyer un dégât fait par quelqu'un d'autre.</li> </ul>