

Université de Montréal

Étude utilisant le DSM-IV et le CBCL qui porte sur le trouble des conduites et la maladie affective bipolaire chez des adolescents admis à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

Par
Isabelle Gauthier

École de Criminologie
Faculté des études supérieures

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître es sciences (M. Sc.)
en criminologie
option analyse

Mars 2010
© Isabelle Gauthier, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce rapport de stage intitulé :

Étude utilisant le DSM-IV et le CBCL qui porte sur le trouble des conduites et la maladie affective bipolaire chez des adolescents admis à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

présenté par :

Isabelle Gauthier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Denis Lafortune, Directeur de stage
Cécile Toutant, Superviseure
Marie-Marthe Cousineau, Présidente-rapporteure

Sommaire

Notre stage d'analyse en criminologie s'est déroulé au sein du Programme des adolescents de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM). Notre échantillon est composé de 106 adolescents présentant un trouble des conduites (TDC) en association, ou non, à un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou une maladie affective bipolaire (MAB). De plus en plus de recherches s'entendent pour dire que la MAB se présenterait d'une façon atypique chez une population juvénile, ce qui explique qu'elle soit rarement identifiée chez les jeunes et qu'elle soit souvent prise pour un TDAH sévère ou un TDC avec comportements agressifs chez les délinquants irritables, impulsifs et agressifs. Certains cliniciens vont jusqu'à évoquer la possibilité que ces délinquants puissent présenter un trouble des conduites dysphorique, c'est-à-dire un type de TDC associé à une MAB typique (adulte) ou atypique (juvénile).

À travers la réalisation d'une étude rétrospective de huit ans, nous avons visé à évaluer la prévalence possible de la MAB juvénile en comparant les caractéristiques des jeunes présentant un TDC avec une MAB diagnostiquée à partir du DSM-IV à celles des jeunes présentant un TDC avec une MAB juvénile potentielle identifiée à partir du CBCL. Nous avons aussi évalué la possibilité qu'un TDC dysphorique, soit un TDC associé à une MAB typique ou atypique, puisse être rencontré chez des délinquants évalués à l'IPPM.

Afin de relever la présence de symptômes de la MAB juvénile, nous avons utilisé le *Child Behavior Checklist* (CBCL) d'Achenbach (1991). Une méta-analyse de Mick et coll. (2003) a établi qu'un score significatif à trois échelles du CBCL – anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs – permettrait d'identifier la présence d'une MAB chez une population juvénile. Nous avons coté ces trois échelles à partir du dossier de l'adolescent rédigé durant la période d'évaluation de 60 jours à l'IPPM et avons procédé à un accord inter-juges sur les comportements constituant ces trois échelles.

Dans notre échantillon de délinquants, la prévalence de la MAB officielle (5,7%) correspond à celle d'un échantillon représentatif de la population, alors que la prévalence de la MAB-J potentielle (18,9%) correspond à celle rencontrée chez les jeunes délinquants en centre de détention. Les délinquants classés souffrant d'une MAB (DSM-IV) et ceux pouvant présenter une MAB-J (CBCL) affichent plusieurs caractéristiques individuelles, familiales, sociales et psychiatriques généralement rencontrées chez les délinquants bipolaires juvéniles des recherches cliniques. Presque tous ont reçu un diagnostic de TDAH, présentent des troubles sévères de comportement depuis leur enfance, rencontrent des difficultés scolaires et relationnelles importantes et manifestent des comportements agressifs et impulsifs.

Sans remettre en question les diagnostics posés à l'issue de l'évaluation menée à l'IPPM ou conclure qu'un TDC dysphorique existe, il semble qu'un groupe de jeunes délinquants irritables et impulsifs, souffrant souvent d'un TDAH et présentant des comportements agressifs depuis leur enfance, affichent plusieurs caractéristiques rencontrées chez les délinquants bipolaires juvéniles des recherches cliniques. Celles-ci sont aussi notées chez les délinquants diagnostiqués avec un TDAH (DSM-IV), ce qui suggère que la MAB (typique ou atypique) est sous-diagnostiquée que les perturbations comportementales, l'agressivité et l'irritabilité sont attribuées à un TDAH et/ou un TDC.

Mots-clés : Adolescent, délinquant juvénile, trouble des conduites, maladie affective bipolaire juvénile, trouble des conduites dysphorique, TDAH, agressivité, DSM, CBCL.

Abstract

We conducted our internship in criminology at the Youth Program of the Philippe-Pinel Institute of Montreal. Our sample consists of 106 adolescents suffering from a conduct disorder (CD) in association, or not, with an attention deficit hyperactive disorder (ADHD) or a bipolar disorder (BPD). A rising amount of research agrees that BPD can have an atypical presentation in a juvenile population, which explains why it is rarely diagnosed in youths and is often mistaken as a severe ADHD or an aggressive CD in irritable, impulsive and aggressive juvenile delinquents. Some clinicians evoke the possibility that these delinquents may suffer from a dysphoric conduct disorder, which is described as a type of CD associated with a typical (adult) or an atypical (juvenile) BPD.

Through an eight years retrospective study, we evaluated the prevalence of a possible juvenile BPD in adolescents with a CD. In order to do so, we compared the characteristics noted in delinquents suffering from a BPD diagnosed from the DSM-IV to the characteristics of delinquents with a potential juvenile BPD identified on the basis of the *Child Behavior Checklist* (CBCL). Furthermore, we evaluated the possibility that a dysphoric conduct disorder can be identified among juvenile delinquents admitted to the Institute for evaluation.

To identify symptoms of juvenile bipolar disorder, we used the *Child Behavior Checklist* (CBCL) from Achenbach (1991). A meta-analysis conducted by Mick and coll. (2003) establish that a significant score on three subscales – anxious/depressed, attention problems, and aggression – would assist in detecting a BPD in a juvenile population. We rated these three subscales according to the adolescents' chart recorded during the evaluation period (60 days) at the Institute before calculating an inter-judges reliability on the behaviors included into these three subscales.

In our sample of delinquents, the official prevalence of BPD (5,7%) is similar to the one identified in a representative sample of adolescents, whereas the prevalence of juvenile BPD (18,9%) is similar to the one identified in juvenile delinquents in detention facilities. The delinquents diagnosed with a BPD and those suffering from a potential juvenile BPD present several individual, familial, social, and psychiatric characteristics generally met by young delinquents with a juvenile BPD in clinical researches. Almost all of them were diagnosed with an ADHD, presented severe long term conduct problems, school difficulties, relational issues as well as aggressive and impulsive behaviors.

Without questioning the diagnosis issued at the end of the evaluation or concluding that a dysphoric CD exists, it seems that a group of irritable, impulsive, and young delinquents suffering from ADHD and presenting aggressive behaviors since their childhood, present many characteristics encountered in delinquents suffering from juvenile BPD in clinical researches. In addition, those characteristics are also often recognized in juvenile delinquents diagnosed with an ADHD (DSM-IV), suggesting that (typical and atypical) BPD is under-diagnosed in juveniles and that behavioral disturbances, aggressiveness and irritability are considered as symptoms of an ADHD and/or a CD.

Key-words: Adolescent, juvenile delinquent, conduct disorder, juvenile bipolar disorder, dysphoric conduct disorder, ADHD, aggression, DSM, CBCL.

Table des matières

SOMMAIRE	i
ABSTRACT	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES FIGURES	xiii
REMERCIEMENTS	xiv
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
Le milieu de stage : le Programme des adolescents de l’Institut Philippe Pinel de Montréal	
1.1 Mandat de l’établissement et du Programme des adolescents.....	4
1.2 Les évaluations psychiatriques et socio-criminologiques	
1.2.1 Un aperçu de l’évaluation psychiatrique.....	5
1.2.2 Un aperçu de l’évaluation socio-criminologique.....	5
1.3 Description des interventions proposées et pertinence de la recherche dans le milieu...	6
1.4 Les objectifs de stage en analyse criminologique.....	7
1.5 Les activités réalisées dans le cadre du stage en analyse criminologique.....	8
CHAPITRE 2	
De la recension des écrits et à la problématique.....	12
2.1 Portrait de la délinquance juvénile : quelques statistiques.....	12
2.2 Les comportements agressifs et antisociaux.....	14
2.2.1 L’agressivité proactive.....	15
2.2.2 L’agressivité réactive.....	15
2.3 Présentation du trouble des conduites (TDC).....	16
2.3.1 Les types de troubles des conduites selon l’évolution du DSM.....	16
2.3.1.1 <i>DSM-I (1952)</i>	16
2.3.1.2 <i>DSM-II (1968)</i>	17
2.3.1.3 <i>DSM-III (1980)</i>	17
2.3.1.4 <i>DSM-III-TR (1987)</i>	18
2.3.1.5 <i>DSM-IV (1994)</i>	19
2.3.1.6 <i>DSM-IV-TR (2000)</i>	20
2.3.1.7 <i>Sommaire de l’évolution des définitions du trouble des conduites</i> ...	20
2.3.2 Les types de troubles des conduites selon Achenbach.....	21
2.3.3 Comparaison entre les modèles proposés par le DSM et Achenbach.....	23
2.4 Trouble des conduits et troubles psychiatriques associés.....	24

2.4.1 Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).....	25
2.4.1.1 <i>Présentation du TDAH</i>	25
2.4.1.2 <i>La relation entre le TDAH et le TDC</i>	27
2.4.2 La maladie affective bipolaire (MAB).....	28
2.4.2.1 <i>Présentation de la maladie affective bipolaire</i>	28
2.4.2.2 <i>La MAB chez les adultes</i>	30
2.4.3 La maladie affective bipolaire juvénile (MAB-J).....	30
2.4.3.1 <i>Les particularités de la MAB juvénile</i>	31
2.4.3.2 <i>Les troubles psychiatriques associés à la MAB-J</i>	36
2.4.3.3 <i>La relation entre la MAB-J et le TDAH</i>	37
2.4.3.4 <i>La présentation clinique de la MAB-J associée au TDAH</i>	38
2.4.3.5 <i>La symptomatologie distinctive de la MAB-J et du TDAH</i>	39
2.4.4 Le trouble des conduites et la maladie affective bipolaire juvénile.....	41
2.4.4.1 <i>Une distinction difficile</i>	43
2.4.4.2 <i>La relation entre le TDC et la MAB-J</i>	44
2.4.5 L'association entre le trouble des conduites (TDC), la maladie affective bipolaire juvénile (MAB-J) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH).....	48
2.4.5.1 <i>Existerait-il un trouble des conduites dysphorique?</i>	48
2.4.5.2 <i>Distinctions entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH</i>	50
2.5 Le CBCL / 4-18 utilisé pour identifier la présence d'une MAB juvénile?.....	56
2.6 Problématique.....	57
2.7 Objectifs de la recherche actuelle.....	59

CHAPITRE 3

Méthodologie.....	60
3.1 Échantillon.....	60
3.2 Procédures.....	61
3.3 Élaboration de la grille de cotation.....	61
3.3.1 Catégories de variables.....	62
3.3.1.1 <i>Les antécédents légaux</i>	62
3.3.1.2 <i>Les données familiales</i>	63
3.3.1.3 <i>Les données relationnelles et sociales</i>	63
3.3.1.4 <i>Les données relatives au fonctionnement scolaire</i>	64
3.3.1.5 <i>Les données relatives à la consommation d'alcool et de substances psychoactives</i>	64
3.3.1.6 <i>Les données relatives aux traits de personnalité pathologiques</i>	65
3.3.1.7 <i>Les données relatives au trouble des conduites</i>	65
3.3.1.8 <i>Les données relatives aux antécédents psychiatriques</i>	65
3.3.1.9 <i>Les comportements désorganisés ou agressifs à l'IPPM</i>	65
3.3.2 Cotation des symptômes du trouble des conduites.....	66
3.3.3 La cotation des échelles du CBCL utilisées dans le rapport de stage.....	67
3.3.3.1 <i>Description du CBCL/4-18</i>	67
3.3.3.2 <i>L'utilisation du CBCL pour identifier la MAB-J</i>	69
3.3.4 L'accord inter-juges.....	72
3.4 L'identification des types de TDC sur la base du DSM-IV et du CBCL.....	74

3.4.1 L'indentification des types de TDC sur la base du DSM-IV.....	74
3.4.2 L'indentification des types de TDC sur la base du CBCL.....	75
3.5 L'analyses des données.....	75
3.6 Limites.....	76

CHAPITRE 4

Analyses des données.....	79
4.1 La présentation des jeunes de l'échantillon.....	79
4.2 Les types de TDC des adolescents sur la base du DSM-IV et du CBCL.....	81
4.3 La prévalence des troubles psychiatriques associés au TDC.....	83
4.4 Données relatives aux antécédents légaux (LPJ, LJC/LSJPA).....	87
4.4.1 Antécédents légaux relatifs à la LPJ.....	88
4.4.2 Antécédents criminels relatifs à la LJC et/ou LSJPA.....	90
4.4.3 Accusations criminelles actuelles en vertu de la LJC et/ou LSJPA.....	93
4.5 Données sur la violence utilisée.....	95
4.6 Données sur les antécédents de délinquance non-officielle.....	99
4.7 Données familiales.....	105
4.7.1 La cellule familiale des adolescents et les problématiques parentales.....	105
4.7.2 Les problématiques parentales.....	106
4.8 Données relationnelles familiales et sociales.....	112
4.8.1 Les relations des délinquants avec leur famille immédiate.....	113
4.8.2 Les relations sociales entretenues des jeunes délinquants.....	114
4.8.3 Les relations sociales entretenues avec les personnes en position d'autorité.....	117
4.8.4 Les relations entretenues avec des pairs délinquants.....	119
4.9 Données relatives au fonctionnement scolaire.....	120
4.9.1 Le fonctionnement scolaire antérieur des adolescents.....	120
4.9.2 Le classement scolaire reconnu à l'IPPM.....	124
4.9.3 L'évaluation du fonctionnement intellectuel.....	125
4.10 Données relatives aux troubles liés à la consommation d'alcool et des substances psychoactives.....	127
4.10.1 La prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool et de cannabis chez les délinquants.....	127
4.10.2 L'âge moyen des délinquants à la consommation initiale d'alcool et de cannabis.....	131
4.11 Données relatives aux traits de personnalité.....	133
4.12 Données relatives au trouble des conduites.....	137
4.12.1 Caractéristiques générales du trouble des conduites : le début et la sévérité.....	138
4.12.2 Caractéristiques spécifiques du trouble des conduites : l'âge au diagnostic.....	140
4.12.3 Caractéristiques spécifiques du trouble des conduites : les symptômes.....	142
4.13 Données relatives aux antécédents psychiatriques.....	147
4.13.1 Les antécédents de troubles perturbateurs du comportement.....	147
4.13.2 Les antécédents de troubles de l'humeur.....	151
4.13.3 Les idées suicidaires et les tentatives de suicide.....	154
4.13.4 La médication prescrite.....	154
4.14 Données relatives à la cotation des trois échelles du CBCL.....	156

4.15 Données relatives aux comportements désorganisés et agressifs manifestés à l'IPPM.....	159
4.15.1 La gestion des comportements désorganisés et agressifs.....	160
4.15.2 La poursuite du traitement à l'IPPM suite à la période d'évaluation.....	162
CONCLUSION.....	163
RÉFÉRENCES.....	178
ANNEXE.....	xv

Liste des tableaux

Tableau 1.	Les différences empiriques entre les syndromes délinquant et agressif.....	23
Tableau 2.	Hypothèse de la présentation clinique de la MAB selon l'âge d'apparition d'après Geller et Luby (1997).....	34
Tableau 3.	Caractéristiques psychiatriques distinctives entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.....	51
Tableau 4.	Troubles psychiatriques antérieurs et actuels distinctifs entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.....	52
Tableau 5.	Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives distinctifs entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.....	53
Tableau 6.	Problématiques scolaires, comportementales et relationnelles distinctives entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.....	54
Tableau 7.	Caractéristiques du CBCL distinctives entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.....	54
Tableau 8.	Caractéristiques familiales distinctives entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.....	55
Tableau 9.	Les symptômes du trouble des conduites selon le DSM-IV.....	67
Tableau 10.	Les huit échelles des comportements constituant le CBCL 4-18.....	68
Tableau 11.	Échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs du CBCL 4/18 (Achenbach, 1991).....	71
Tableau 12.	Présentation des comportements ayant un Kappa de Cohen supérieur ou égal à 0,61 aux échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs du CBCL.....	72
Tableau 13.	Seuils significatifs finaux pour la cotation des trois échelles de comportements du CBCL.....	73
Tableau 14.	Correlation de la classification du TDC des adolescents selon le DSM-IV et le CBCL.....	81

Tableau 15.	Statut légal des adolescents selon le type de TDC.....	87
Tableau 16.	Résumé des motifs de signalement en LPJ des adolescents selon le Type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	89
Tableau 17.	Résumé des motifs de signalement en LPJ des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.....	90
Tableau 18.	Résumé des condamnations en LJC et/ou LSJPA des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	92
Tableau 19.	Résumé des condamnations en LJC et/ou LSJPA des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.....	93
Tableau 20.	Résumé des accusations criminelles actuelles en LJC et/ou LSJPA des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	94
Tableau 21.	Résumé des accusations criminelles actuelles en LJC et/ou LSJPA des adolescents selon le type de TDC identifié par le CBCL.....	95
Tableau 22.	Informations sur la violence physique utilisée par les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	96
Tableau 23.	Informations sur la violence physique utilisée par les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.....	98
Tableau 24.	Antécédents de délinquance non-officielle des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	100
Tableau 25.	Antécédents de délinquance non-officielle des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.....	101
Tableau 26.	Antécédents de délinquance non-officielle durant l'enfance chez les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	102
Tableau 27.	Antécédents de délinquance non-officielle durant l'adolescence chez les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	103
Tableau 28.	Antécédents de délinquance non-officielle durant l'enfance chez les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL....	104
Tableau 29.	Antécédents de délinquance non-officielle durant l'adolescence chez les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.....	104

Tableau 30.	Informations sur les troubles liés à la consommation d'alcool et de cannabis chez les délinquants selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	129
Tableau 31.	Informations sur les troubles liés à la consommation d'alcool et de cannabis chez les délinquants selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.....	130
Tableau 32.	Informations sur l'âge moyen des adolescents lors de la première consommation d'alcool et de cannabis selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	132
Tableau 33.	Informations sur les âges moyens des adolescents lors de la première consommation d'alcool et de cannabis selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.....	133
Tableau 34.	Informations sur les traits de personnalité identifiés chez des adolescents selon le type de TDC identifié par le DSM-IV.....	135
Tableau 35.	Informations sur les traits de personnalité identifiés chez des adolescents selon le type de TDC identifié par le CBCL.....	137
Tableau 36.	Âge moyen au diagnostic de troubles perturbateurs du comportement chez les adolescents selon le type de TDC identifié sur la base du DSM-IV.....	149
Tableau 37.	Âge moyen au diagnostic de troubles perturbateurs du comportement chez les adolescents selon le type de TDC identifié sur la base du CBCL.....	150
Tableau 38.	Âge moyen au diagnostic de troubles de l'humeur chez les adolescents selon le type de TDC identifié sur la base du CBCL....	153
Tableau 39.	Informations sur la médication des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.....	155
Tableau 40.	Informations sur la médication des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.....	156
Tableau 41.	Résultats aux trois échelles du CBCL selon le type de TDC identifié sur la base du DSM-IV.....	157
Tableau 42.	Résultats aux trois échelles du CBCL chez les adolescents selon le type de TDC identifié sur la base du CBCL.....	158
Tableau 43.	Tableau comparatif des variables étudiées.....	xvi

Liste des figures

Figure 1.	Âge des adolescents admis en évaluation à l'IPPM.....	80
Figure 2.	Les symptômes du trouble des conduites rencontrés chez les délinquants dont le TDC est identifié sur la base du DSM-IV.....	143
Figure 3.	Les symptômes du trouble des conduites rencontrés chez les délinquants dont le TDC est identifié sur la base du CBCL.....	145

Remerciements

Mme Cécile Toutant, coordonnatrice de l'unité des adolescents à l'IPPM, pour son expérience et son expertise auprès des jeunes délinquants.

Dr. Martin Gignac, pédopsychiatre à l'unité des adolescents à l'IPPM, pour son expertise psychiatrique auprès des jeunes.

M. Denis Lafortune et Mme Marie-Marthe Cousineau pour leurs conseils et leur support pour la rédaction de ce rapport de stage.

Mes parents, Mario et Chantal, pour leurs encouragements et leur support, tant moral que financier, tout au long de ma formation et pour avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui. Je tiens aussi à remercier mes sœurs, Sophie et Véronique, pour leur courage et leur persévérance au quotidien.

Mes amies, Marie-Hélène Quesnel, pour sa disponibilité et le partage de connaissances et d'expérience clinique depuis le début de notre formation, et Lucie Trudel, pour son soutien, sa compréhension et son écoute au cours de toutes ces années.

Mon mari, Coty Dubois, pour ses encouragements, son support, sa force morale et son écoute dans les moments où j'en ai eu le plus de besoin.

Un clin d'œil tout spécial à Marie-Noëlle Trudel, ma filleule, Éleonore Venne, ma nièce, et Daylon Dubois, mon beau-fils, qui, par leur simple sourire, contribuent à rendre ma vie joyeuse et me rendent si heureuse.

INTRODUCTION

Les comportements antisociaux, principalement ceux commis par des jeunes, ont de tout temps retenus l'attention de la population et provoqués de nombreuses réactions. Chez certains, cette délinquance est plus sévère et va jusqu'à faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique appelé le trouble des conduites. Selon le DSM-IV (APA, 1994), le trouble des conduites est un « ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet » (p. 102). C'est cette pathologie qui sera étudiée dans le présent rapport de stage qui rend compte d'une étude rétrospective de huit ans réalisée auprès des adolescents admis à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) entre janvier 1998 et décembre 2005 qui présentent un trouble des conduites diagnostiqué en raison de la sévérité et/ou la fréquence de leurs actes délinquants.

Les objectifs de la recherche sont d'évaluer la prévalence de la maladie affective bipolaire typique (adulte) et atypique (juvénile) chez les adolescents admis en évaluation à l'IPPM et évaluer la possibilité qu'un type de trouble des conduites, caractérisé par de l'irritabilité, de l'impulsivité et de l'agressivité, existe chez les jeunes délinquants. Pour ce faire, le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) a été utilisé. Il a été établi qu'un score significatif à trois échelles précises de cet instrument - l'échelle anxio-dépressive, l'échelle des troubles attentionnels et l'échelle des comportements agressifs - permettrait d'identifier la présence d'une maladie affective bipolaire au sein d'une population juvénile (Mick, Biederman, Pandina et Faraone, 2003). Trois groupes ont été identifiés selon les résultats obtenus à ces échelles du CBCL : un premier groupe composé de ceux qui présentent le trouble des conduites délinquant sans autre diagnostic associé, un deuxième groupe réunissant ceux qui présentent le trouble des conduites avec les symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité tel qu'identifié par un résultat significatif à une échelle du CBCL, et un troisième groupe intégrant ceux qui présentent un trouble des conduites accompagné d'une maladie affective bipolaire juvénile potentielle, c'est-à-dire ceux qui atteignent un score significatif à chacune des trois échelles mentionnées précédemment.

Ces trois groupes formés à partir du CBCL seront comparés aux trois groupes dont le trouble des conduites et ses pathologies associées sont identifiés à partir du DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (APA, 1994) par un psychiatre.

Le stage d'analyse a été réalisé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et se divise en trois phases qui se sont déroulées comme suit : la familiarisation avec le milieu entre janvier et août 2005, suivi de la collecte de données en 2006 et 2007 et finalement l'analyse des données et la rédaction du rapport en 2008 et 2009. Le centre de recherche de l'Institut a mis à notre disposition tous les dossiers des jeunes admis en évaluation sur une période de huit ans, soit entre 1998 et 2005. Ces dossiers ont été systématiquement révisés en vue d'identifier ceux qui ont été diagnostiqués, à partir du DSM-IV, comme présentant un trouble des conduites seul ou en association avec d'autres pathologies psychiatriques, tel un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ou une maladie affective bipolaire. Cette révision de dossiers a aussi permis la cotation des trois échelles de comportements basées sur le CBCL mentionnées précédemment afin de relever la présence de symptômes de la maladie affective bipolaire juvénile auprès des adolescents délinquants. Seuls ceux présentant un trouble des conduites ont été retenus, ce qui totalise 106 jeunes.

Ce rapport fait état des résultats obtenus et il se découpe en quatre parties.

Au premier chapitre, le milieu de stage est brièvement décrit afin d'identifier la provenance des informations recueillies et le processus d'évaluation des jeunes admis à l'IPPM. C'est au cours de cette période d'évaluation que les données relatives aux trois échelles du CBCL pour tous les adolescents admis à l'institution sont amassées, ce qui permet la répartition de ces derniers selon le trouble des conduites identifié d'après le CBCL.

Le second chapitre brosse un portrait des écrits relatifs au trouble des conduites. Deux pathologies fréquemment associées au trouble des conduites sont aussi présentées, à savoir : le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et la maladie affective bipolaire typique (adulte) et atypique (juvénile).

Le chapitre suivant précise la méthodologie employée dans le cadre de cette recherche en décrivant notamment l'échantillon, les procédures de collecte de données, la grille de

cotation utilisée et les analyses statistiques réalisées en utilisant les données recueillies. Y sont aussi traités les considérations éthiques entourant l'étude, les limites et l'intérêt de celles-ci.

Le dernier chapitre livre les résultats des diverses analyses réalisées auprès des adolescents en regard des trouble des conduites qu'ils présentent identifiés à partir du DSM-IV et du CBCL, et ce, dans le but de savoir si, d'une part, les jeunes ayant un TDC accompagné d'une maladie affective bipolaire officielle (diagnostiquée d'après le DSM-IV) et ceux ayant un TDC associé à une maladie affective bipolaire juvénile potentielle (identifiée sur la base du CBCL) présentent des caractéristiques similaires entre eux et, d'autre part, à ceux des délinquants bipolaires des recherches cliniques.

CHAPITRE 1

Le milieu de stage

Le Programme des adolescents de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

1.1 Mandat de l'établissement et du Programme des adolescents

En 1970, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal est fondé et se voit attribuer la mission particulière d'offrir des soins et des services à une clientèle psychiatrique reconnue comme étant difficile à traiter, principalement en raison de la dangerosité qu'elle présente. Quelques années plus tard, en 1972, il accueille une nouvelle clientèle : les adolescents. Le Programme des adolescents de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) voit le jour. Il a pour principale mission l'évaluation et le traitement d'adolescents qui ont manifesté des comportements violents et souffrent de troubles mentaux ou psychologiques graves (Institut Philippe Pinel de Montréal, 2006). C'est au sein de ce milieu très spécialisé dans le réseau juvénile que notre stage se déroule.

Le Programme des adolescents¹ possède une capacité d'accueil limitée à 15 jeunes de sexe masculin qui sont généralement âgés entre 14 et 18 ans au moment de l'admission. Habituellement, seulement quelques adolescents (2 ou 3) y sont en évaluation, alors que les autres sont placés en traitement. Les adolescents admis en évaluation peuvent être référés par les centres jeunesse, les centres hospitaliers ou le tribunal via la Cour du Québec, chambre de la jeunesse. Si les adolescents proviennent de centres jeunesse, c'est habituellement en raison du fait qu'ils manifestent des comportements violents et une agressivité significative, au point où aucune des interventions qui ont été tentées ne fonctionnent suffisamment pour réussir à contenir ces comportements destructeurs. Les adolescents admis à l'IPPM sont soumis à une évaluation complète d'une durée variant entre 45 et 60 jours. Cette évaluation exhaustive inclut des bilans physique, psychiatrique, psychologique, socio-criminologique, scolaire et comportemental. Elle permet aussi d'identifier les méthodes d'interventions à privilégier auprès de cet adolescent.

¹ L'équipe multidisciplinaire du Programme des adolescents est constituée de plusieurs intervenants dont des infirmiers, des sociothérapeutes (éducateurs), un animateur d'ateliers (ex. menuiserie), deux enseignants, un criminologue, un psychologue, deux psychiatres, un assistant et un chef de programme.

La plupart du temps, les adolescents admis en évaluation relèvent de la *Loi sur le système de justice pour les adolescents (LSJPA)* et/ou de la *Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)*. Ainsi, il est possible que l'adolescent relève de la LPJ suite à la manifestation de divers comportements problématiques, ou bien de la LSJPA suite à la commission de quelques délits violents ou d'un seul délit démontrant une violence importante.

Au moment de leur admission, certains jeunes présentent des troubles psychotiques, d'autres des troubles de personnalité associés à des troubles perturbateurs du comportement. Certains n'ont fait qu'un seul délit violent, alors que d'autres ont derrière eux une longue carrière criminelle parsemée d'un plus ou moins grand nombre de crimes violents. Ces adolescents sont considérés comme étant une population très hétérogène tant au plan de leur pathologie qu'au plan criminel.

1.2 Les évaluations psychiatriques et socio-criminologiques

1.2.1 Un aperçu de l'évaluation psychiatrique

L'évaluation psychiatrique est réalisée tout au long de la période d'évaluation, notamment par des entrevues individuelles tenues avec l'adolescent, ce qui permet de faire un examen mental complet et de diagnostiquer, le cas échéant, des troubles psychiatriques, tant à l'Axe I² (ex. trouble des conduites) qu'à l'axe II³ (ex. traits de personnalité) du DSM-IV. Le psychiatre rédige un rapport final qui regroupe toutes les évaluations auxquelles l'adolescent a été soumis, et des recommandations quant à la prise en charge et l'intervention requise sont aussi formulées.

1.2.2 Un aperçu de l'évaluation socio-criminologique

Le criminologue procède à une évaluation socio-criminologique qui comprend différents volets. Il précise le statut légal de l'adolescent et dresse un portrait des antécédents relatifs à la LPJ et à la LSJPA. Des informations sont aussi recueillies sur son enfance, sa famille, ses amis, son école, ses relations avec les autres, son fonctionnement, ses comportements et ses

² Réfère à l'évaluation multiaxiale du DSM : il s'agit de troubles cliniques, ou de toute autre situation pouvant faire l'objet d'un examen clinique, tel le diagnostic principal ou la raison de consultation (APA, 1994).

³ Réfère à l'évaluation multiaxiale du DSM : il s'agit de troubles de la personnalité ou de retard mental (APA, 1994).

difficultés/facilités. Les parents sont aussi contactés et interrogés afin d'avoir un autre point de vue et, si c'est possible, une rencontre est planifiée avec eux et leur enfant.

L'objectif est ici d'avoir une trame d'événements chronologiques se rapprochant au mieux de la réalité vécue par le jeune, ce qui ultimement devrait permettre de se faire une idée plus juste du développement de l'adolescent en évaluation à l'unité.

1.3 Description des interventions proposées et pertinence de la recherche dans le milieu

Mon intérêt pour le processus d'évaluation des jeunes et ma participation à la vie de l'unité à travers diverses activités m'ont permis de me familiariser avec les manifestations cliniques quotidiennes du trouble des conduites chez cette population.

Après plusieurs semaines de stage et la rédaction de quelques évaluations socio-criminologiques, une discussion avec ma superviseure de stage, Mme Cécile Toutant, et le pédopsychiatre de l'unité, Dr Martin Gignac, ont permis de dessiner une opportunité de recherche. Puisque mon stage était en analyse et que j'étais intéressée par le trouble des conduites, une étude rétrospective sur ce trouble et une psychopathologie rarement diagnostiquée, la maladie affective bipolaire juvénile, m'est alors proposée. La présentation clinique particulière, très distincte, de la maladie affective bipolaire typique (ordinairement diagnostiquée chez les adultes) et ses nombreuses cooccurrences (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, trouble des conduites, troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives) font qu'elle est rarement détectée chez les adolescents.

L'investigation des symptômes de cette maladie affective chez des adolescents délinquants admis en évaluation permettrait de valider si les symptômes associés à ce trouble de l'humeur sont fréquents, comment ils tendent à se manifester, en quoi les adolescents présentant un trouble des conduites et des symptômes de la maladie affective bipolaire sont différents des autres adolescents avec un trouble des conduites seul ou un trouble des conduites associé à un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Puisque la maladie affective bipolaire juvénile est peu identifiée et, par le fait même, peu diagnostiquée en raison de sa présentation distincte, il s'agissait aussi d'investiguer

l'efficacité des trois échelles du *Child Behavior Checklist* (CBCL) à identifier les symptômes de ce trouble de l'humeur auprès de la population adolescente. Cet instrument, s'il s'avérait efficace, pourrait ensuite être utilisé auprès des adolescents de manière plus systématique afin d'aider à diagnostiquer certaines pathologies, dont la maladie affective bipolaire juvénile.

Les résultats de cette recherche conduiraient l'équipe clinique du Programme des adolescents de l'IPPM à mieux connaître les symptômes de certains troubles qui peuvent être présentés par les adolescents, permettant ainsi une prise en charge mieux adaptée. Les résultats permettraient aussi d'avoir un aperçu de la prévalence possible de la maladie affective bipolaire juvénile dans la population adolescente délinquante.

En définitive, cette recherche tendrait à explorer un autre aspect de la psychopathologie rencontrée chez des adolescents présentant un trouble des conduites et fournirait un indicateur reflétant la présence d'un trouble de l'humeur plutôt que des symptômes d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité agressif, d'un trouble des conduites sévère ou des traits de personnalité pathologiques.

Il ne s'agit aucunement de remettre en question les diagnostics posés à l'issue du processus d'évaluation à l'IPPM, car la maladie affective bipolaire juvénile est un diagnostic plutôt récent qui fait l'objet de plus en plus de recherches chez les enfants et les adolescents irritables, impulsifs, agressifs et hyperactifs, comme nous le verrons dans la recension des écrits.

1.4 Les objectifs de stage en analyse criminologique

Les objectifs de stage en analyse criminologique que nous avons réalisé se découpent entre des objectifs académiques d'apprentissage et un objectif de recherche. Les objectifs académiques sont principalement reliés au processus de collecte de données permettant la réalisation de l'objectif de recherche, c'est-à-dire tout ce qui englobe l'évaluation des jeunes admis à l'IPPM et leurs principales problématiques, incluant le trouble des conduites. Plus spécifiquement, il s'agissait :

- A) d'approfondir notre connaissance sur le trouble des conduites et les diagnostics cooccurrents les plus fréquemment rencontrés auprès d'une population adolescente;
- B) d'approfondir notre connaissance du mode d'évaluation des jeunes admis dans le Programme des adolescents de l'IPPM;
- C) de connaître l'instrument *Child Behavior Checklist* d'Achenbach (1991);
- D) de maîtriser le logiciel de traitement de données statistiques SPSS.

Les objectifs de recherche sont en fait la réalisation du projet et des objectifs de recherche qui sont formulées dans la partie suivante du rapport de recherche. Sommairement, il s'agit :

- E) d'évaluer la prévalence possible de la maladie affective bipolaire juvénile chez un échantillon d'adolescents admis en évaluation à l'IPPM en comparant les caractéristiques des jeunes présentant un trouble des conduites avec une maladie affective bipolaire diagnostiquée à partir du DSM-IV (diagnostics officiels) à celles des jeunes présentant un trouble des conduites avec une maladie affective bipolaire juvénile potentielle identifiée à partir du CBCL (troubles potentiels identifiés à partir de comportements) à travers la réalisation d'une étude rétrospective de huit ans.
- F) d'évaluer la possibilité qu'un trouble des conduites dysphorique, soit un trouble des conduites associé à une maladie affective bipolaire (DSM-IV : typique ou CBCL : atypique), puisse être rencontré chez des délinquants admis en évaluation à l'IPPM par la comparaison des caractéristiques des délinquants présentant une maladie affective bipolaire officielle (DSM-IV) et une maladie affective bipolaire juvénile potentielle (CBCL) à celles des délinquants bipolaires des recherches cliniques.

1.5 Les activités réalisées dans le cadre du stage en analyse criminologique

Notre stage s'est étendu entre 2005 et 2009. La phase de familiarisation avec le Programme des adolescents et le processus d'évaluation se sont déroulés entre janvier et août 2005. Puis, la collecte des données a été réalisée en 2006 et 2007, après avoir obtenu les autorisations du comité de la recherche de l'IPPM, et, pour terminer, la phase d'analyse et de rédaction du rapport a eu lieu en 2008 et 2009.

Afin de rencontrer l'objectif consistant à approfondir notre connaissance sur le trouble des conduites et les diagnostics cooccurrents les plus fréquemment rencontrés dans d'une population adolescente (objectif A), nous avons lu de nombreuses recherches sur le trouble des conduites traitant des symptômes qui y sont associés, ses manifestations, sa présentation, son évolution, les facteurs de risques qui peuvent conduire à son développement.

Nous avons fait de même en ce qui concerne les diagnostics cooccurrents les plus fréquemment rencontrés. Ceux-ci inclut le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble oppositionnel avec provocation, les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et les troubles de l'humeur, telle la maladie affective bipolaire (typique et atypique).

La recension des écrits présentée dans ce rapport de stage fait état de ces recherches. Nous avons aussi lu de nombreux ouvrages sur les comportements antisociaux et agressifs.

Afin de rencontrer l'objectif consistant à approfondir nos connaissances du mode d'évaluation des jeunes admis dans le Programme des adolescents de l'IPPM (objectif B), nous avons réalisé et présenté des évaluations socio-criminologiques. De plus, nous avons participé aux réunions de l'équipe multidisciplinaire, à des rencontres familiales et à la présentation d'études de cas. Nous avons assisté à plusieurs activités au cours desquelles se réalisait l'évaluation des adolescents admis à l'IPPM : école, sports, menuiserie, cuisine et activités relatives aux tâches d'entretien.

Nous avons parallèlement approfondi nos connaissances sur l'IPPM et le Programme des adolescents: son mandat, les lois et les politiques applicables aux adolescents s'y retrouvant, le processus d'évaluation et les problématiques présentées par la clientèle. Pour ce faire, nous avons lu de nombreux documents, consulté notre superviseure de stage dans le milieu et nous avons rencontré les psychiatres et les professionnels du Programme des adolescents afin de mieux connaître leurs rôles, leurs méthodes d'évaluation et les interventions privilégiées en fonction de la pathologie présentée par le jeune.

Afin de rencontrer l'objectif consistant à connaître l'instrument *Child Behavior Checklist* d'Achenbach (1991) (objectif C), nous avons lu les écrits scientifiques sur cet outil et de nombreuses études qui l'ont utilisé. Nous avons aussi consulté un pédopsychiatre qui connaît bien cet instrument, et ce, tout au long de notre recherche.

Afin de rencontrer l'objectif consistant à nous familiariser avec l'utilisation du logiciel SPSS pour le traitement statistiques des données de recherche (objectif D), nous avons complété le cours « Recherches cliniques et évaluatives » de 2^e cycle à l'École de criminologie et nous avons consulté à plusieurs reprises les statisticiens de l'IPPM. Cet apprentissage nous a permis de créer une base de données pertinente à notre étude et de procéder aux analyses requises afin de réaliser nos objectifs de recherche.

En vue de rencontrer les objectifs de recherche qui consistaient à d'évaluer la prévalence possible de la maladie affective bipolaire juvénile chez un échantillon d'adolescents admis en évaluation à l'IPPM en comparant les caractéristiques des jeunes présentant un trouble des conduites avec une maladie affective bipolaire diagnostiquée à partir du DSM-IV (diagnostics officiels) à celles des jeunes présentant un trouble des conduites avec une maladie affective bipolaire juvénile potentielle identifiée à partir du CBCL (troubles potentiels identifiés à partir de comportements) à travers la réalisation d'une étude rétrospective de huit ans (objectif E) et ensuite évaluer la possibilité qu'un trouble des conduites dysphorique, soit un trouble des conduites associé à une maladie affective bipolaire (DSM-IV : typique ou CBCL : atypique), puisse être rencontré chez des délinquants admis en évaluation à l'IPPM (objectif F), nous avons participé à la rédaction d'un protocole de recherche pour le Comité de la recherche de l'IPPM et à une demande d'autorisation d'accès à l'information adressée au Directeur des services professionnels, Dr Gilles Chamberland, afin de pouvoir consulter les dossiers médicaux des jeunes qui avaient été admis en évaluation dans le Programme des adolescents, entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2005.

Ensuite, nous avons élaboré une grille de collecte de données visant à recueillir le plus d'informations possible sur les caractéristiques individuelles, familiales, sociales, scolaires, légales et psychiatriques (antécédents et actuels) caractérisant les adolescents inclus dans notre étude. Puisque le CBCL n'était pas inclus dans les évaluations présentes au dossier et

que trois échelles de cet instrument devaient être cotées pour réaliser les objectifs de recherche, nous avons procédé à un accord inter-juges sur les éléments constituant ces trois échelles afin de nous assurer de colliger les données les plus objectives et les plus justes possible.

Finalement, la consultation de la recherche scientifique sur le trouble des conduites, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et la maladie affective bipolaire typique (adulte) et atypique (juvénile) nous a permis de comparer les résultats de ces recherches à nos résultats d'analyses. Nous verrons au chapitre suivant, ce qu'il en est justement des résultats de recherche que nous avons consultés, ceci dans le cadre de la recension des écrits que nous avons réalisée.

CHAPITRE 2

DE LA RECENSION DES ÉCRITS À LA PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre présente le trouble des conduites (TDC) chez les adolescents. Après avoir noté quelques statistiques sur les délits commis par les délinquants juvéniles, une courte section nous informera sur la nature des comportements agressifs et antisociaux. Suite à cela, un portrait du TDC sera fait en traçant son évolution clinique au fil du temps, c'est-à-dire de la première à la dernière édition du DSM. De plus, les troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés en cooccurrence au trouble des conduites sont décrit en expliquant en quoi leur présence affecte la manifestation du TDC lorsqu'ils sont présents au même moment chez un jeune. Un de ces troubles est identifié comme étant la maladie affective bipolaire juvénile. Il s'agit d'un trouble de l'humeur dont la présentation clinique diffère de la maladie affective bipolaire typique rencontrée chez une population adulte. Afin d'aider les cliniciens à identifier les jeunes pouvant présenter cette pathologie, une méta-analyse réalisée par Mick et ses collègues (2003) a démontré qu'un score significatif à trois des neuf échelles de comportements constituant le *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 1991) - l'échelle anxio-dépressive, l'échelle des troubles attentionnels et l'échelle de comportements agressifs - permettraient d'identifier les jeunes souffrant d'une maladie affective bipolaire juvénile potentielle. C'est sur la base des résultats obtenus dans cette méta-analyse qu'il a été possible d'identifier trois types de TDC (CBCL) qui seront comparés aux trois types de TDC identifiés par les diagnostics officiels (DSM-IV). Pour terminer, la problématique de la recherche actuelle, ainsi que les objectifs cliniques et académiques concluent ce chapitre.

2.1 Portrait de la délinquance juvénile : quelques statistiques

En 2003, au Canada, la population d'adolescents âgés entre 12 et 17 ans s'élevait à 2,5 millions de personnes, ce qui représentait 8% de la population canadienne (Centre canadien de la statistique juridique, 2005a). Sur près de 550 000 personnes arrêtées par la police et accusées d'infraction à des lois fédérales⁴, 17% se trouvaient dans ces tranches d'âge⁵. La

⁴ Sauf les délits de la route.

⁵ Au Québec, un jeune de moins de 18 ans est considéré d'âge mineur. Il peut être accusé d'une infraction au Code criminel en vertu de la Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents.

plupart de ceux qui comparaissent devant les tribunaux de la jeunesse⁶ sont de sexe masculin et approchent de la majorité (Centre canadien de la statistique juridique, 2005a). En effet, parmi tous les jeunes accusés d'une infraction au Code criminel, huit jeunes sur dix sont de sexe masculin et plus de la moitié (56%) ont 16 ou 17 ans au moment de la perpétration des délits qui leur sont reprochés. Dans plus de 80% des causes entendues, l'accusation la plus grave portée contre un jeune est une infraction au Code criminel. À titre indicatif, dix infractions représentent plus du trois quarts des causes entendues devant les tribunaux de la jeunesse, à savoir le vol (13%), les voies de fait simples (11%), l'introduction par effraction (9%), la possession de biens volés (7%), les voies de fait graves (7%), le méfait (5%), les menaces (4%) et le vol qualifié (4%).

Afin de dresser un portrait succinct de la délinquance des adolescents, deux regroupements de délits seront utilisés, soit : les crimes contre la personne et les crimes contre les biens. Les infractions au Code criminel incluses dans la catégorie « crime contre la personne » sont ici : le meurtre, la tentative de meurtre, le vol qualifié, l'agression sexuelle et les autres infractions sexuelles, les voies de fait simples et graves, les menaces et le harcèlement criminel. En 2003-2004, ces délits représentaient 29% des causes traitées par les tribunaux de la jeunesse. D'une façon plus précise, les voies de fait simples constituaient 39% des causes entendues, ce qui en fait le crime contre la personne le plus fréquemment rencontré. Viennent ensuite les voies de fait graves (23%), les menaces (14%), le vol qualifié (12%) et l'agression sexuelle (5%). Le meurtre et la tentative de meurtre constituent les infractions les plus rares représentant, mises ensemble, moins de 1% des causes.

Les crimes contre les biens représentent 36% des causes traitées par les tribunaux de la jeunesse pour les années 2003-2004. Les infractions au Code criminel incluses dans cette catégorie sont : le vol, l'introduction par effraction, la fraude, le méfait et la possession de biens volés. Le nombre de causes impliquant ce type de délit paraît avoir connu une baisse spectaculaire de 21% en 2003-2004 comparativement à l'année précédente. Toutefois, il importe de mentionner que ceci pourrait être partiellement attribuable à la modification des

⁶ Ces données sont issues de l'Enquête sur les tribunaux de la jeunesse (ETJ) qui recueille des données sur les causes réglées par les tribunaux de la jeunesse. Toutefois, ce ne sont pas tous les crimes commis par les jeunes qui sont signalés à la police et traités devant les tribunaux. Ces statistiques ne reflètent donc pas exactement l'activité criminelle des jeunes.

pratiques policières qui doivent être conformes à la nouvelle Loi sur le système de justice pour les adolescents (LSJPA), entrée en vigueur au printemps 2003⁷.

Il importe de mentionner qu'au-delà des statistiques judiciaires l'intervention en délinquance juvénile requiert l'implication et la participation de différents professionnels de plusieurs champs d'expertise. Leurs visions sont distinctes mais aussi complémentaires, ce qui permet une compréhension plus exhaustive du phénomène. Shoemaker (1996) tout comme Moeller (2001) soulignent comment, selon le milieu d'appartenance de ces professionnels, ceux-ci conçoivent les jeunes qui commettent des délits de différentes manières. Dans un contexte judiciaire, ils sont appelés des « délinquants juvéniles », dans un contexte social ou scolaire, on dit d'eux qu'ils présentent des « troubles du comportement », alors que dans un contexte médical, on dira qu'ils souffrent d'un « trouble du comportement perturbateur » et ils feront l'objet d'un diagnostic psychiatrique identifié comme étant le « trouble des conduites » caractérisé par des comportements agressifs et antisociaux.

2.2 Les comportements agressifs et antisociaux

Une première distinction quant au type d'agressivité utilisée par les jeunes qui présentent un trouble des conduites est fort importante. En effet, les chercheurs s'intéressant principalement à ce diagnostic précisent que ce ne sont pas tous les jeunes qui en souffrent qui sont agressifs d'une même manière (Achenbach, 1989; Frick, 1993; Frick et Ellis, 1999; Price et Dodge, 1989). En réalité, deux types d'agressivité sont manifestés par les jeunes présentant un trouble des conduites : l'agressivité proactive et l'agressivité réactive. Même si les deux types d'agression sont hautement reliés (Barker, Tremblay, Nagin, Vitaro et Lacourse, 2006; Dodge, 1991; Vitaro et Brendgen, 2005; Vitaro, Gendreau, Tremblay et Oligny, 1998), certains jeunes peuvent ne présenter qu'une agression réactive (Vitaro et *al.*, 1998).

⁷ L'adoption de la LSJPA en avril 2003 prône l'application de différents principes, notamment en ce qui a trait au processus judiciaire des infractions les moins graves et aux types de peines imposées (ex. mesure extrajudiciaire).

Puisque les comportements agressifs sont relativement stables et très difficiles à traiter (Crick et Dodge, 1996), il paraît important d'en préciser la nature.

2.2.1 *L'agressivité proactive*

L'agressivité proactive est dérivée du modèle de l'apprentissage social (Bandura, 1973) où l'agression est associée à un comportement instrumental qui perdure en raison des renforcements positifs et des avantages qui sont reliés à son utilisation. Pour Vitaro et coll. (1998) et plus récemment Barker et coll. (2006) l'agressivité proactive est caractérisée par la prédation ou motivée par un objectif particulier, elle ne requiert aucune provocation, ni colère. Elle est utilisée de manière préméditée, instrumentale (en vue d'un gain personnel) et dans le but d'influencer ou dominer les autres (Frick et Ellis, 1999; Vitaro et *al.*, 1998). Elle serait moins fréquente que l'agressivité réactive (Barker et *al.*, 2006). Les jeunes qui présentent ce type d'agressivité se révèlent plus socialisés que ceux qui présentent principalement de l'agressivité réactive et possèdent des habiletés sociales, ce qui pourrait expliquer qu'elle soit moins associée au rejet des pairs (Frick et Ellis, 1999; Vitaro et *al.*, 1998). Elle prédirait la délinquance future (Frick et Ellis, 1999; Vitaro et *al.*, 1998), car des attentes positives sont associées à son résultat, notamment obtenir un gain ou dominer, ou les deux (Frick et Ellis, 1999). Le lien entre l'agressivité proactive et la délinquance future est encore plus probable lorsque des gains sont effectivement réalisés.

2.2.2 *L'agressivité réactive*

La notion d'agressivité réactive est dérivée du modèle frustration-agression de Berkowitz (1989), où l'agression, conçue comme une réaction défensive face à une menace, est caractérisée par de la colère et de l'hostilité (Frick et Ellis, 1999). Elle se manifesterait souvent par des explosions impulsives, colériques et hostiles en réponse à un stresser ou une provocation (Barker et *al.*, 2006; Frick et Ellis, 1999; Vitaro et *al.*, 1998). Elle est associée à des difficultés d'adaptation et de compréhension de l'environnement social qui, par exemple, peuvent être manifestés par une inaptitude à résoudre des problèmes avec les autres, des relations problématiques avec les pairs et des comportements perturbateurs à l'école (Barker et *al.*, 2006; Vitaro et *al.*, 1998).

L'agressivité réactive est surtout présente chez les jeunes qui ont un tempérament difficile (Barker et *al.*, 2006) et chez qui la réaction de colère et la gestion des émotions sont

problématiques (Frick et Ellis, 1999; Frick et Morris, 2004). En effet, ces jeunes présenteraient un haut niveau d'émotions négatives, telles la colère, l'anxiété, l'irritabilité, la peur, la tristesse ou la frustration. Certaines émotions sont intériorisées, alors que d'autres, comme la colère et l'irritabilité, sont extériorisées, provoquant des troubles de comportement (Frick et Morris, 2004; Vitaro et *al.*, 1998). Leurs difficultés à gérer leurs émotions et à comprendre leur environnement mènent ces jeunes à répondre de manière hostile et colérique en situation sociale, comme s'ils étaient en mode « défensif ». C'est probablement là, une des raisons qui explique que les jeunes qui présentent de l'agressivité réactive sont plus à risque d'isolement social et de rejet par les pairs (Frick et Ellis, 1999; Vitaro et *al.*, 1998).

2.3 Présentation du trouble des conduites (TDC)

Le trouble des conduites fait partie de la catégorie *trouble du comportement perturbateur*, tout comme le trouble oppositionnel avec provocation et, depuis la dernière révision du DSM, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité⁸. Dans la présente section, le trouble des conduites sera présenté de manière à tracer son évolution dans le domaine de la psychiatrie. Pour ce faire, les différentes éditions du DSM seront présentées de manière à faire ressortir l'évolution des concepts et les critères médicaux nécessaires à son diagnostic.

2.3.1 Les types de troubles des conduites selon l'évolution du DSM

2.3.1.1 DSM-I (1952)

Dans le DSM-I, il n'existe aucun diagnostic spécifique aux comportements antisociaux des enfants et des adolescents. En fait, seulement trois troubles sont décrits comme se manifestant par des réactions antisociales et ils sont identifiés comme des troubles de la personnalité. Parmi ceux-ci, un seul touche plus spécifiquement les jeunes. Il s'agit du *trouble de la personnalité transitoire situationnel*, qui est identifié comme une « réaction d'ajustement de l'enfance ». Les symptômes aigus, tel que son nom l'indique, sont présentés comme des moyens pour combattre et s'ajuster à une situation stressante ou à un conflit émotionnel intense et ils se manifesteraient par une perturbation des conduites.

⁸ Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité sera abordé dans la section suivante comme étant un diagnostic fréquemment rencontré chez les jeunes qui présentent un trouble des conduites.

Dans une population adulte, le DSM-I décrit le *trouble de la personnalité sociopathique*, lequel est classé dans la même catégorie que la déviance sexuelle et la dépendance aux substances. Deux types de réactions sont alors identifiées : la « réaction antisociale », décrite comme étant une personnalité psychopathique; et la « réaction dyssociale » qu'on dit liée à une personnalité psychopathique avec tendance asociale et amoral.

En somme, on peut voir que les comportements antisociaux sont méconnus dans cette version du DSM, et que la prévalence, l'évolution du comportement, les facteurs prédisposants et la sévérité ne sont pas précisés.

2.3.1.2 DSM-II (1968)

Le DSM-II développe pour la première fois une catégorie diagnostic qui regroupe les comportements problématiques des jeunes, nommée « trouble comportementaux de l'enfance et de l'adolescence » lesquels se découpent en six sous-types comprenant des réactions hyperkinétiques (1), de retrait (2), d'hyperanxiété (3), de fuite (4), d'agressivité non-socialisée (5) et de délinquance de groupe (6). En fait, il s'agit d'une catégorie intermédiaire représentée par des comportements plus stables, intériorisés et résistant au traitement que les troubles situationnels transitoires, mais moins que ceux contenu dans la catégorie des troubles de personnalité. Il ne s'agit plus de troubles de la personnalité, comme dans le DSM-I, mais plutôt des réactions d'ajustement.

Même si un progrès significatif a été réalisé entre les deux éditions du DSM (I et II) quant à la spécificité de la manifestation des comportements antisociaux de l'enfance et de l'adolescence, la prévalence, les facteurs prédisposants, la sévérité et les diagnostics différentiels demeurent inconnus.

2.3.1.3 DSM-III (1980)

Dans le DSM-III, les comportements antisociaux des enfants et des adolescents sont dorénavant appelés *troubles des conduites* (TDC écrit au pluriel) et sont inclus dans la catégorie des comportements perturbateurs. Les troubles des conduites sont divisés en cinq types, d'après deux caractéristiques, à savoir : la présence a) de liens sociaux adéquats et b) des comportements antisociaux agressifs. Il s'agit des TDC de types : *mal socialisé-agressif*, où manquent les liens sociaux adéquats et où il y a présence de comportements

antisociaux agressifs (1); *mal socialisé-non agressif*, où manquent des liens sociaux adéquats sans toutefois que soit constatée la présence de comportements agressifs (2); *socialisé-agressif*, où il a y présence de liens sociaux adéquats mais néanmoins présence de violence (3); *socialisé-non agressif*, où il a y présence de liens sociaux adéquats et absence de comportements de violence (4); et *atypique*, qui comme son nom l'indique présente une combinaison atypique de ces caractéristiques (5).

Il est indiqué que les troubles des conduites de type *mal socialisés* apparaissent durant l'enfance, tandis que les troubles des conduites de type *socialisés* apparaissent au cours de l'adolescence et sont généralement reliés à une association à des pairs délinquants. Le DSM-III mentionne qu'il existe un risque de chronicisation surtout pour les jeunes qui souffrent de troubles des conduites sévères et pour ceux qui présentent le type *mal socialisé-agressif*, car ces formes pourraient mener à un diagnostic de personnalité antisociale à l'âge adulte.

Des précisions sont apportées sur les caractéristiques des troubles des conduites. Tout d'abord, ils sont maintenant considérés comme fréquents, surtout pour les TDC de types *mal socialisé-agressif* et *socialisé-non agressif*. Ensuite, leur sévérité varie entre légère et sévère et selon le niveau d'altération du fonctionnement quotidien du jeune (ex. nécessite une classe spéciale, un placement hors du domicile familial). Pour terminer, quelques facteurs prédisposants et diagnostics différentiels, tel le trouble oppositionnel (nouveau diagnostic) et le trouble déficitaire de l'attention, sont évoqués afin d'aider à poser un diagnostic plus juste.

2.3.1.4 DSM-III-TR (1987)

L'édition révisée du DSM-III apporte plusieurs modifications au diagnostic des troubles des conduites. Ils sont maintenant divisés en trois types appelés : *TDC en groupe* (1), *TDC solitaire-agressif* (2) et *TDC indifférencié* (3). Une liste de treize critères y est maintenant associée et au moins trois doivent être présents pour recevoir le diagnostic. L'*American Psychiatric Association* (APA) mentionne que les troubles des conduites sont plus graves qu'un trouble oppositionnel avec provocation et qu'ils peuvent être un facteur prédisposant, tout comme le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité pourrait l'être. Les autres facteurs prédisposants sont les mêmes que dans l'édition précédente.

Pour la première fois, la prévalence est chiffrée : les troubles des conduites toucheraient 9% des garçons et le type *indifférencié* apparaît comme étant le plus fréquent. Leur sévérité est maintenant basée sur la gravité du mal causé à autrui et non plus sur l'importance de l'altération du fonctionnement quotidien individuel. Les diagnostics différentiels sont nombreux et, pour la première fois, les troubles affectifs, les troubles anxieux, les épisodes maniaques et dépressifs, ainsi que le trouble bipolaire chez les jeunes doivent être investigués. En lien avec le trouble bipolaire, il est précisé que l'irritabilité et le comportement antisocial caractérisant ce trouble de l'humeur chez ces jeunes peuvent être pris à tort pour des symptômes des troubles des conduites. Pour aider les médecins à faire la différence entre ces deux troubles, l'APA mentionne que les comportements antisociaux manifestés lors d'un épisode maniaque sont généralement limités dans le temps, alors que les comportements antisociaux associés aux troubles des conduites tendent à persister.

2.3.1.5 DSM-IV (1994)

Dans le DSM-IV, le trouble des conduites (écrit au singulier) est réduit à deux types basés sur l'âge du début des comportements problématiques; *TDC à début durant l'enfance* et *TDC à début durant l'adolescence*, en lien avec la présence (ou l'absence) d'au moins un critère diagnostique avant l'âge de 10 ans. Ces deux types se distinguent par la nature des comportements antisociaux, l'évolution du trouble, le pronostic et la prévalence selon le sexe. La prévalence varie maintenant entre 6% et 16% chez les garçons et entre 2% et 9% pour les filles. Il est précisé que le trouble des conduites connaît une augmentation depuis les dernières décennies et qu'il est plus élevé en milieu urbain que rural.

Les comportements antisociaux, ou symptômes, du trouble des conduites sont classés en quatre catégories : agression envers les personnes ou les animaux, destruction de biens matériels, fraude ou vol et violations graves de règles établies. Le premier sous-type, *TDC à début pendant l'enfance*, est souvent présenté par des garçons ayant souffert d'un trouble oppositionnel avec provocation durant leur petite enfance. Plusieurs d'entre eux présentent de l'agressivité physique, des relations avec les pairs conflictuelles et sont plus à risque d'évoluer vers une personnalité antisociale. Les jeunes du second sous-type, *TDC à début pendant l'adolescence*, sont généralement moins agressifs, entretiennent de meilleures relations sociales et leurs comportements antisociaux se produisent souvent en groupe. Finalement, pour que le jeune reçoive le diagnostic de trouble des conduites, la perturbation

du comportement doit entraîner une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

De nombreux facteurs prédisposants sont nommés et, pour la première fois, certains facteurs physiologiques sont soulignés. La sévérité combine deux notions, soit celles du nombre de critères caractéristiques et du dommage causé à autrui. De nombreux diagnostics différentiels sont énumérés, dont quelques nouveaux : les troubles liés aux substances, les troubles d'apprentissage et de communication, ainsi que le niveau de quotient intellectuel.

2.3.1.6 DSM-IV-TR (2000)

Dans la dernière édition du DSM, le trouble des conduites est à nouveau caractérisé par trois types, comme dans le DSM-III-TR, tout en conservant le critère de différenciation du DSM-IV, soit l'âge du début de l'apparition des comportements. Trois types sont ainsi identifiés comme *TDC à début durant l'enfance*, *TDC à début durant l'adolescence* et *TDC à début non-spécifié*.

L'APA souligne que le *TDC à début pendant l'enfance* est souvent accompagné d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Ce dernier n'est donc plus seulement un diagnostic différentiel, mais plutôt un diagnostic cooccurrent. Enfin, en lien avec les facteurs prédisposants, plus d'importance est accordée aux influences génétiques et physiologiques. Les influences environnementales et sociales ne sont donc plus les seules à entrer en ligne de compte.

2.3.1.7 Sommaire de l'évolution des définitions du trouble des conduites

Tout d'abord reconnu comme la manifestation d'une personnalité ou une réaction pathologique, le trouble des conduites chez les jeunes est une catégorie diagnostique qui émerge avec la troisième édition du DSM. Les liens sociaux adéquats et les comportements agressifs sont les critères à partir desquels cinq types de trouble des conduites sont créés, les plus fréquents étant le *TDC mal socialisé-agressif* et le *TDC socialisé non-agressif*. La révision de la troisième édition conserve ces deux critères (liens sociaux et agressivité) tout en diminuant à trois le nombre de types de trouble des conduites, les moins diagnostiqués ayant été retirés. Les types deviennent ainsi le *TDC solitaire-agressif*, le *TDC en groupe* et le *TDC indifférencié*. Malheureusement pour la précision de cette catégorie diagnostique, le

TDC indifférencié est le plus fréquent, ce qui soulève un problème quant à la spécificité des symptômes du trouble des conduites et la capacité du DSM à rendre un diagnostic le plus juste possible.

La quatrième version du DSM introduit un tout nouveau critère pour distinguer les types du trouble des conduites, soit l'âge du début des troubles de comportement. On constate que la description des deux types qui en découlent ressemble énormément à celles du DSM-III-TR. Le *TDC à début pendant l'enfance* s'approche du *TDC solitaire-agressif* et le *TDC à début pendant l'adolescence* du *TDC en groupe*. Le DSM-IV-TR ne fait qu'ajouter un type appelé *TDC à début non-spécifié*, la dernière édition s'étant avérée trop restrictive. Finalement, depuis les années 1980, le trouble des conduites est redéfini en trois types : le *TDC à début pendant l'enfance*, le *TDC à début pendant l'adolescence* et le *TDC à début non-spécifié*. Cette simplification du processus diagnostique a notamment provoqué la perte de la spécification de l'utilisation de la violence lors de la commission des actes délinquants comme critère diagnostique, ce qui se révèle problématique, car les tribunaux font cette différence.

Pour terminer, notons qu'au cours des ré-éditions successives du DSM, le trouble oppositionnel avec provocation est devenu un diagnostic précurseur au trouble des conduites. De plus, on a convenu que les manifestations du TDC variaient en fonction de la maturité physique, cognitive et sexuelle de la personne atteinte (APA, 1994; 2000). Ainsi, les comportements antisociaux les moins graves tendraient à se produire en premier et les plus graves, beaucoup plus tard dans le développement. À titre d'exemples, les mensonges, les vols à l'étalage et les bagarres se produiraient en premier, suivis de vols par effraction, alors que les vols avec confrontation de la victime et les viols se produiraient encore plus tard dans la carrière délinquante du jeune. Évidemment, ce ne sont pas tous les jeunes qui suivent cette évolution et atteignent cette gravité délictuelle.

2.3.2 Les types de trouble des conduites selon Achenbach

De nombreux groupes de recherche ont étudié le trouble des conduites ce qui a permis de conceptualiser le trouble des conduites d'après diverses caractéristiques. Parmi ceux-ci, Achenbach a été retenu pour s'être intéressé davantage aux comportements antisociaux extériorisés.

Achenbach avance que le trouble oppositionnel avec provocation pourrait être une forme légère du trouble des conduites, probablement des types de TDC avec une agressivité ouverte, tels que décrits dans les versions antérieures du DSM. Certaines de ses recherches soulignent que la cooccurrence du trouble des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation est de près de 30% dans un échantillon représentatif de la population et qu'elle atteint 45% dans un échantillon clinique (Stanger, Achenbach et Verhulst, 1997; McConaughy et Achenbach, 1994). De fait, l'auteur estime que le diagnostic du TDC est en fait une combinaison de deux syndromes de comportements extériorisés ; le syndrome agressif et le syndrome délinquant (Achenbach, 1989; 1993; Stanger et *al.*, 1997). En d'autres mots, Achenbach supporte la distinction d'un TDC agressif et d'un TDC non-agressif.

- *Syndrome agressif*

Pour décrire le syndrome agressif, Achenbach (1989) inclut les symptômes du « trouble oppositionnel » tel que présenté dans le DSM-III (APA, 1980) et ajoute les comportements extériorisés « intimide » (bullying) et « se bagarre » (fighting). Achenbach (1993) affirme que les parents devraient être capables d'identifier ce syndrome très tôt durant l'enfance, c'est-à-dire vers l'âge de deux ou trois ans. De plus, puisqu'il semble y avoir une plus grande stabilité des comportements agressifs dans le cours du développement chez les jeunes ayant le syndrome agressif que chez les jeunes ayant le syndrome délinquant, Achenbach souligne que les dimensions génétique et biologique ne doivent pas être écartées pour expliquer le sous-type agressif (1993; Stanger et *al.*, 1997).

- *Syndrome délinquant*

Pour décrire le syndrome délinquant, Achenbach retient les éléments de délinquance cachée du trouble des conduites (DSM-III), en y ajoutant la consommation de substances psychoactives et la fréquentation de pairs délinquants (Achenbach, 1989).

Cela dit, de nombreuses recherches sur les psychopathologies pédiatriques ont permis l'élaboration d'instruments visant l'identification de celles-ci. Dans cette veine, Achenbach élabore, en 1991, le *Child Behavior Checklist* (décrit ultérieurement), ce qui lui permet de préciser les comportements attribuables aux syndromes délinquant et agressif à partir

d'échelles validées de comportements. Les différences empiriques de ces deux syndromes sont présentées dans le tableau 1 qui suit⁹.

Tableau 1. Les différences empiriques entre les syndromes délinquant et agressif (CBCL 4/18 d'Achenbach, 1991; version française par Fombonne en 1997).

<i>Syndrome délinquant</i>	<i>Syndrome agressif</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ne se sent pas coupable après s'être mal conduit • A de mauvaises fréquentations • Ment ou triche • Préfère jouer avec des enfants plus âgés • Fugue de la maison • Met le feu • Vole à la maison • Vole en dehors de la maison • Dit des gros mots ou des obscénités • Pense trop aux questions sexuelles • Fait l'école buissonnière, manque l'école • Prend de l'alcool, des drogues ou des médicaments (sans raison médicale) • Pose des actes de vandalisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Contesté ou contredit souvent • Se vante, est prétentieux • Est cruel, dominateur, fait preuve de méchanceté envers les autres • Demande beaucoup d'attention • Détruit ses affaires personnelles • Détruit des choses appartenant à sa famille ou à d'autres enfants • Est désobéissant à la maison • Est désobéissant à l'école • Est facilement jaloux • Se bagarre souvent • Frappe ou agresse physiquement les autres • Crie beaucoup • Fait son intéressant, se donne en spectacle • Est buté, renfrogné, désagréable ou irritable • A des sautes d'humeur, est lunatique • Parle trop • Asticote les autres, est souvent en train de les agacer • Fait des colères ou s'emporte facilement • Menace les gens • Fait beaucoup de bruit

Même s'ils sont décrits brièvement, il est possible de noter que ces deux syndromes se distinguent ; le *syndrome délinquant* comporte davantage de comportements de délinquance cachée, alors que le *syndrome agressif* comprend plutôt des comportements d'agression ouverte.

2.3.3 Comparaison entre les modèles proposés par le DSM et Achenbach

Sur la base des critères diagnostic du trouble oppositionnel avec provocation et du trouble des conduites du DSM-IV-TR (APA, 2000), il est possible de comparer et relier les conceptualisations proposées par les chercheurs précédents à ceux choisis par l'*American Psychiatric Association* (APA).

⁹ Une nouvelle version de l'instrument, appelée CBCL 6-18, a été élaborée par Achenbach en 2001. Toutefois, toutes les recherches cliniques pertinentes et citées dans ce rapport ont toutes utilisées la version de 1991. C'est donc le CBCL 4/18 d'Achenbach (1991), traduit et validé en français par Dr. Fombonne en 1997, qui est présenté dans le tableau 1. Par cette précision, il s'agissait simplement de mentionner au lecteur qu'une nouvelle version de l'instrument est disponible au moment de la rédaction de ce rapport de stage, mais qu'il a été jugé préférable d'utiliser la version précédente.

- Le *TDC à début pendant l'enfance* du DSM-IV-TR s'apparente au *syndrome agressif* d'Achenbach et aux TDC de types *mal socialisé-agressif* et *solitaire-agressif* des DSM-III et DSM-III-TR. Les jeunes qui se classent sous cette catégorie manifestent des comportements problématiques dès le début de la scolarisation, ils sont ouvertement agressifs avec leur entourage, éprouvent des difficultés relationnelles et présentent souvent un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Ils présentent aussi un faible contrôle de leurs émotions, un haut niveau d'anxiété et leurs comportements tendent à augmenter en sévérité et à se chroniciser.

- Le *TDC à début pendant l'adolescence* du DSM-IV-TR (APA, 2000) ressemble au *syndrome délinquant* d'Achenbach, au *TDC socialisé-non agressif* du DSM-III, ainsi qu'au *TDC en groupe* du DSM-III-TR. Malgré le fait que ces jeunes puissent avoir présenté des comportements attribuables au trouble oppositionnel avec provocation, leurs comportements antisociaux débutent davantage au début de l'adolescence. Ils peuvent présenter des comportements agressifs, mais ils commettent surtout de la délinquance cachée, contrairement aux jeunes présentant un TDC à début pendant l'enfance. Ils sont capables de relations sociales et commettent des délits avec des pairs délinquants. Ils tendent à expérimenter et ne pas conserver ces comportements à l'âge adulte. Malgré tout quelques conséquences peuvent les suivre, comme par exemple un dossier criminel ou une consommation de substances psychoactives problématique.

Tel que souligné tout au long de la présentation du trouble des conduites, ce dernier est fréquemment rencontré avec d'autres pathologies psychiatriques que nous verrons maintenant.

2.4 Trouble des conduites et troubles psychiatriques associés

Le trouble des conduites est souvent accompagné d'autres pathologies psychiatriques qui aggravent sa présentation clinique et empirent son pronostic (AACAP, 1997b). Parmi les problématiques fréquemment rencontrés chez les jeunes présentant un trouble des conduites sont le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et la maladie affective bipolaire (trouble bipolaire). Ces troubles seront tout d'abord décrits individuellement pour

ensuite être détaillés de manière à comprendre ce que leur cooccurrence a comme impact chez les jeunes qui présentent un trouble des conduites.

2.4.1 Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

Dans cette partie, il sera question de faire une brève présentation du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, diagnostic fréquemment rencontré chez les jeunes ayant un trouble des conduites. Ainsi, les types de TDAH et la prévalence de ce trouble chez les enfants et les adolescents seront mentionnés, puis suivra l'explication de la relation entre le TDAH et le trouble des conduites à partir des recherches cliniques réalisées sur cette cooccurrence.

2.4.1.1 Présentation du TDAH

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2000), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité se découpe en trois types : le TDAH principalement inattentif, le TDAH principalement hyperactif-impulsif et le TDAH combiné.

Le TDAH de *type inattentif*, comme son nom l'indique, est caractérisé par un déficit des capacités attentionnelles. Les jeunes qui le présentent sont désorganisés et distraits, ils oublient rapidement et ont de la difficulté à terminer ce qu'ils ont commencé. Leurs comportements les amènent à avoir un faible rendement à l'école et au travail (Connor, 2002), plutôt que des comportements agressifs et antisociaux (Barkley, 1996; AACAP, 1997a).

Le TDAH de *type hyperactif-impulsif* pour sa part apparaîtrait vers trois ou quatre ans, mais les symptômes deviennent problématiques en début de scolarisation, soit entre cinq et sept ans (Barkley, 1996). Les enfants et les adolescents qui en souffrent manifestent des comportements désinhibés, bougent et parlent excessivement. Ils ont de la difficulté à tolérer les délais, présentent un fonctionnement accéléré et ne pensent pas aux conséquences de leurs actes (Connor, 2002). Ce type est fortement associé au risque de comportements agressifs, de trouble des conduites au cours de l'adolescence et de trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte (Barkley, 1996, 1998).

Enfin, le TDAH *type combiné* est constitué de la combinaison deux types de TDAH mentionnés précédemment.

Le TDAH toucherait entre 3% et 7% de la population d'âge scolaire et serait plus fréquent chez les garçons que chez les filles (APA, 2000). Connor (2002) souligne que les symptômes du TDAH se présentent différemment selon l'âge et le stade de développement de l'enfant. Il ajoute qu'en général les jeunes aux prises avec un TDAH sont plutôt colériques, butés et obstinés. Ils présentent une humeur labile, des conflits avec leurs parents, un manque d'habiletés sociales, une faible estime d'eux-mêmes et sont souvent rejetés par leurs pairs. Barkley (1996) souligne que plus de 70% des enfants hyperactifs continuent de rencontrer les critères diagnostics du TDAH à l'adolescence, ce qui montre bien la persistance de ce trouble. Dans les cliniques pédopsychiatriques, le TDAH peut toucher jusqu'à 50% des enfants et des adolescents (Barkley, 1998). Il est possible que ce pourcentage significatif soit relié à la manifestation de comportements agressifs par les jeunes souffrant d'un TDAH (Hinshaw, 1987). Pour Connor, Glatt, Lopez, Jackson et Melloni (2002), ces comportements agressifs, même s'ils ne sont pas considérés comme un critère diagnostic du TDAH, sont fréquemment rencontrés et peuvent être suffisamment sérieux pour que le jeune reçoive un diagnostic de trouble des conduites.

Plusieurs équipes de recherche soulignent que les jeunes qui souffrent d'un TDAH, cumulent plus d'une problématique (Biederman, Newcorn et Sprich, 1991; Connor, 2002; Jensen, Martin et Cantweel, 1997; Pliszka, 1998). Une étude ontarienne a ainsi révélé qu'environ 50% des garçons âgés entre 4 et 16 ans présentent au moins un autre diagnostic à l'axe 1 en addition au TDAH (Szatmari, Boyle et Orford, 1989). D'autres études sont aussi venues confirmer la forte cooccurrence de diagnostics divers avec celui du TDAH chez les enfants signalant que près de 50% rencontrent les critères du trouble oppositionnel avec provocation, entre 30% et 50% ceux du trouble des conduites, entre 15% et 20% ceux d'un trouble de l'humeur et, finalement, entre 20% et 25% ceux d'un trouble anxieux (Biederman, Newcorn et Sprich, 1991; Newcorn et Halperin, 1994).

Après cette présentation sommaire du TDAH, voyons maintenant en quoi ce diagnostic vient influencer la manifestation du trouble des conduites chez les jeunes qui présentent une cooccurrence de ces deux diagnostics.

2.4.1.2. La relation entre le TDAH et le TDC

Tout d'abord, il importe de mentionner que, dans la population juvénile, le diagnostic le plus commun est celui du trouble oppositionnel avec provocation (TOP), mais que celui du trouble des conduites est beaucoup plus dévastateur (Biederman, Newcorn et Sprich, 1991). Puisque le TOP est souvent considéré comme un diagnostic précurseur au trouble des conduites, cela fait de lui un diagnostic loin d'être bénin (Jensen, Martin et Cantweel, 1997). À partir de ce constat, les statistiques de cooccurrence du le TOP, avec le TDC et le TDAH avancées par l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) prennent une importance significative. En fait, le TDAH se présenterait en premier dans l'évolution des comportements extériorisés qui, généralement, se produirait ainsi : TDAH – TOP – TDC et, finalement, consommation de substances psychoactives (AACAP, 1997b). Ceci est inquiétant car, chez les jeunes qui présentent un TDAH et un TDC, la consommation de substances psychoactives serait une combinaison prédictive de comportements violents (AACAP, 1997b).

Le TDAH joue en fait deux rôles majeurs dans l'évolution des comportements extériorisés : il facilite l'apparition précoce du TOP et, une fois ces deux diagnostics combinés, il précipite la progression de simples troubles du comportement vers un trouble des conduites (Loeber, Keenan, Lahey, Green et Thomas, 1993; Lahey, McBurnett et Loeber, 2000). L'inquiétude majeure qu'une telle évolution soulève est reliée au fait que les jeunes hyperactifs et impulsifs n'ont à présenter que très peu de comportements antisociaux durant l'enfance pour développer un TDC : un seul symptôme de ce trouble peut faire augmenter significativement leur risque de délinquance à l'adolescence (Satterfield et Schell, 1997).

En présence d'un TDAH, le trouble des conduites amène des manifestations différentes que s'il se produisait seul (AACAP, 1997a; Connor, 2002; Jensen, Martin et Cantweel, 1997; Lahey, McBurnett et Loeber, 2000; Loeber et Keenan, 1994). Les jeunes hyperactifs et impulsifs seraient en effet plus agressifs, présenteraient une plus grande diversité et une plus grande persistance des troubles du comportement. Ils seraient plus souvent rejetés par leurs pairs en raison de leur agressivité, leur impulsivité et leur transgression des règles. Ils vivraient aussi de nombreuses difficultés scolaires, tant en ce qui a trait à l'apprentissage qu'au plan relationnel avec les enseignants et les pairs.

Certains chercheurs avancent que les comportements agressifs ouverts reliés au TDAH peuvent être reliés à un type de TDAH associé à un trouble des conduites connu pour être résistant et avoir un pronostic sombre (Biederman, Mick, Faraone et Burbach, 2001; Biederman, Newcorn et Sprich, 1991). Toutefois, le DSM ne reconnaît pas ce type de TDAH, contrairement à l'Organisation mondiale de la santé. En fait, la CIM-10 (Organisation mondiale de la santé, 1993) reconnaît un TDAH particulier pour les jeunes présentant les symptômes du TDC et du TDAH de type combiné. Il s'agit du *trouble hyperkinétique associé à un trouble des conduites*. Ce diagnostic est principalement axé sur la désinhibition des comportements antisociaux manifestés par certains jeunes. Les symptômes y étant associés sont ceux du TDAH, auxquels s'ajoutent de l'agressivité, des troubles de l'humeur (anxiété et dépression) et de l'impulsivité.

2.4.2 La maladie affective bipolaire (MAB)

L'évocation de la cooccurrence entre le trouble des conduites et la maladie affective bipolaire est plutôt récente (voir l'évolution du TDC dans les éditions successives du DSM), tout comme la possibilité qu'une MAB puisse être rencontrée chez les enfants et les adolescents tout en présentant une symptomatologie différente de celle rencontrée chez une population adulte.

2.4.2.1 Présentation de la maladie affective bipolaire

Les symptômes d'hyperactivité, d'impulsivité, de faible capacité de jugement, de distractibilité, de faible capacité attentionnelle et de labilité émotionnelle sont associés à plusieurs pathologies psychiatriques sévères rencontrées chez les enfants et les adolescents, dont le TDAH de type combiné. Toutefois, ils ne lui sont pas exclusifs. En fait, à partir de ces symptômes, un autre diagnostic pourrait être posé : celui de la maladie affective bipolaire *juvénile* ou *pédiatrique*¹⁰ (Carlson, Loney, Salisbury, Kramer et Arthur, 2000). Les jeunes très perturbés, présentant des difficultés significatives à gérer leurs émotions et leurs comportements ainsi que de hauts niveaux d'agitation et d'agressivité, constituent des défis pour les cliniciens et les thérapeutes qui doivent intervenir auprès d'eux. L'*American*

¹⁰ Dans les écrits scientifiques, les diagnostics « manie » (*mania*) et « trouble bipolaire » (*bipolar disorder*) désignent la maladie affective bipolaire (MAB). Dans les écrits pédiatriques, les diagnostics « manie pédiatrique / juvénile » (*pediatric mania / juvenile mania*) et « trouble bipolaire pédiatrique / juvénile » (*pediatric bipolar disorder / juvenile bipolar disorder*) désignent la maladie affective bipolaire juvénile. En précisant la population à laquelle cela réfère, les termes « manie » et « trouble bipolaire » se présentent comme étant interchangeable, ce qui constitue une pratique courante.

Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007a) reconnaît que de plus en plus d'enfants et d'adolescents qui présentent une humeur labile, de l'irritabilité, des comportements incontrôlables et de l'agressivité reçoivent ce diagnostic. Même si, de prime abord, ces caractéristiques ne paraît pas faire partie de la symptomatologie de la MAB, il semblerait qu'elles supportent la présentation clinique d'un type de MAB, plus sévère, appelée maladie affective bipolaire juvénile (MAB-J) (Biederman, Faraone, Wozniak, Mick, Kwon et Aleardi, 2004).

Malgré les débats et les controverses quant à la validité du diagnostic de la maladie affective bipolaire juvénile (Biederman, 1998; Klein, Pine et Klein, 1998), de plus en plus de recherches la supportent (ex. Biederman, Mick, Faraone, Spencer, Wilens et Wozniak, 2000; Faedda, Baldessarini, Suppes, Tondo, Becker et Lipschitz, 1995; Geller et Luby, 1997; Weller, Weller et Fristad, 1995) au point où l'AACAP (2007a) adopte des lignes directrices pour mieux l'identifier. En effet, même si les MAB adulte (typique) et atypique (juvénile) correspondent au même trouble de l'humeur, elles diffèrent pour ce qui est de la présentation, de l'évolution et des pathologies cooccurrentes (Biederman et *al.*, 2000; Carlson et *al.*, 2000; Geller, Sun, Zimmerman, Luby, Frazier et Williams, 1995; Wozniak, Biederman, Kiely, Ablon, Faraone, Mundy et Mennin, 1995). Certaines similarités existent entre ces deux présentations de la MAB, mais les cas pédiatriques ne peuvent être identifiés sur la base des caractéristiques reconnues pour les adultes, et ce, qu'on s'en remet aux critères du DSM (APA) ou de la CIM (OMS) (Classification internationale des maladies par l'Organisation mondiale de la santé) (Faedda et *al.*, 1995; Kowatch et *al.*, 2005a).

Enfin, un certain consensus existe à l'effet que la présentation de la MAB *typique* est rare chez les enfants et les adolescents (AACAP, 2007a; Biederman et *al.*, 2000; Carlson, 1983; 1984; 1998; Carlson et Kelly, 1998; Carlson et *al.*, 2000; Davis, 1979; Geller et Luby, 1997; McGlashan, 1988; Wozniak et *al.*, 1995). Voyons plus spécifiquement bien que très brièvement ce qu'il en est des caractéristiques de la MAB typique avant d'aborder la MAB chez les juvéniles.

2.4.2.2 La MAB chez les adultes

Chez les adultes, la prévalence de la MAB varie entre 0,4% à 1,6% pour le type I¹¹, plus 0,5% pour le type II¹² (APA, 2000). En incluant le spectre bipolaire¹³, cette prévalence augmenterait à environ 6% (Judd et Akistal, 2003). Du côté de la symptomatologie, sa caractéristique principale est la présentation cyclique d'épisodes maniaques et dépressifs. Les changements affectifs attribuables à la manie sont l'euphorie, la grandiosité et l'irritabilité; alors que l'augmentation de l'activité motrice, la fuite des idées et l'humeur labile sont aussi fréquemment rencontrées (Cassidy et Carroll, 2001). La confusion, les idées paranoïdes et la psychose sont possibles, mais pas dans tous les cas (AACAP, 2007a), alors que la réduction du nombre d'heures de sommeil constituerait un signe très révélateur de la présence d'une MAB. Les symptômes dépressifs peuvent précéder, succéder ou se produire simultanément à un épisode maniaque, ce qui donnerait lieu dans ce dernier cas à un épisode mixte (AACAP, 2007a).

Des études rétrospectives auprès d'adultes aux prises avec une MAB ont permis d'identifier qu'environ 60% d'entre eux ont commencé à présenter des symptômes attribuables à la MAB avant l'âge de 20 ans et qu'entre 10% et 20% ont commencé à en présenter avant l'âge de 10 ans (Egeland, Hosteller, Pauls et Sussex, 2000; Joyce, 1984; Lish, Dime-Meenan, Whybrow, Price et Hirschfeld, 1994). Egeland et coll. (2000) soulignent que pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de MAB à l'âge adulte, les symptômes liés à l'émergence de la MAB ont commencé environ dix ans auparavant. Donc, pour la majorité d'entre eux, les symptômes de la MAB seraient apparus durant l'enfance ou l'adolescence.

2.4.3 La maladie affective bipolaire juvénile (MAB-J)

Le DSM-IV-TR (APA, 2000) ne mentionne pas la prévalence de la MAB chez une population juvénile, D'après les lignes directrices publiées par Youngstrom et Duax (2005), il a été établi que le taux de base de la MAB-J avoisinerait les 6%. Cette évaluation a toutefois été obtenue sur la base du taux de jeunes référés en clinique externe de santé

¹¹ MAB type I : Diagnostiquée chez les personnes ayant des troubles de l'humeur récurrents (épisodes maniaques, dépressifs majeurs ou mixtes). Il existe six séries de critères diagnostics permettant de préciser la nature de l'épisode actuel (APA, 1994).

¹² MAB type II : Diagnostiquée chez les personnes ayant des épisodes dépressifs majeurs récurrents avec épisodes hypomaniaques (APA, 1994).

¹³ Le spectre bipolaire regroupe les diagnostics du trouble bipolaire type I, trouble bipolaire type II, trouble cyclothymique et trouble bipolaire non-spécifié du DSM (APA, 1994).

mentale. De leur côté, Geller et Luby (1997) estiment que la MAB-J toucherait environ 1% de la population juvénile. Chez les enfants, Bland (1997) avance que la MAB-J varierait entre 0,2 et 0,4%. Chez les adolescents (14 à 18 ans), Lewinsohn et coll. (1995) ont évalué à 1% la prévalence à vie, même si seulement 0,1% des adolescents de leur échantillon présentaient un épisode maniaque. La plupart présentait un épisode d'hypomanie ou une cyclothymie, et près de 6% présentaient un spectre bipolaire. Ces recherches ont été retenues par l'AACAP (2007a) pour donner un aperçu de la prévalence de la MAB-J chez les enfants et les adolescents.

L'AACAP (2007a) souligne que la présentation clinique de la MAB-J pourrait être différente si ses premiers symptômes ont eu lieu durant l'enfance ou l'adolescence d'une personne. En fait, les signes et symptômes de la MAB-J seraient reliés à leur stade développement (Pavuluri, Birmaher et Naylor, 2005; Weckerly, 2002). À l'inverse, une recherche de Faraone et coll. (1997b) précise que la MAB-J est manifestée par des symptômes assez similaires qu'elle débute durant l'enfance ou durant l'adolescence d'un individu. Seule l'humeur un peu plus euphorique est notée chez les jeunes présentant une MAB-J à début durant l'adolescence. Cette conclusion a aussi été retenue par Findling et coll. (2001) quelques années plus tard. Il y aurait donc si peu de différences entre la MAB-J à début pendant l'enfance et la MAB-J à début pendant l'adolescence que celles-ci ne devraient pas être considérées comme étant distinctes l'une de l'autre, mais plutôt comme étant globalement distinctes de la MAB typique (Faraone, Biederman, Wozniak, Mundy, Mennin et O'Donnell, 1997b). Cette conclusion est importante, car, puisque les symptômes sont similaires, elle permet une comparaison des recherches même si leur échantillon est composé de jeunes dont la MAB-J s'est manifestée à différents moments au cours du développement.

2.4.3.1 Les particularités de la MAB juvénile

Contrairement à la MAB typique, la MAB juvénile se manifeste rarement par des épisodes distincts de manie et de dépression (Carlson, 1998; Faraone et *al.*, 1997b). En fait, elle tend à être mixte¹⁴ plutôt que de se manifester par épisodes distincts de manie ou de dépression (Biederman et *al.*, 2000; Carlson, 1983, 1984; Davis, 1979; Faraone et *al.*, 1997b; Geller et

¹⁴ Les symptômes de manie et de dépression majeure se produisent au même moment, ce qui donne lieu à un épisode mixte.

al., 1995; Geller et Luby, 1997). Chez les jeunes, la MAB tend à être chronique¹⁵ et continue¹⁶ plutôt qu'épisodique et aiguë (Carlson, 1983, 1984; Carlson et *al.*, 2000; Findling, Gracious, McNamara, Youngstrom, Demeter, Branicky et Calabrese, 2001; Geller et *al.*, 1995; Geller et Luby, 1997; McGlashan, 1988; Wozniak et *al.*, 1995). Certains présenteraient un cycle d'épisodes très rapides, brefs et récurrents pouvant être présents de quelques heures par jour à quelques jours (Geller, Zimmerman, Williams, Bolhofner, Craney, Delbello et Soutullo, 2000; Geller, Tillman, Craney et Bolhofner, 2004), alors que d'autres manifesteraient un état maniaque chronique et quotidien (Wozniak et *al.*, 1995). Ainsi, les cycles de la MAB-J peuvent se présenter comme un pattern progressif de crises de colère, d'augmentation de comportements perturbateurs, d'irritabilité, d'hyperactivité, d'impulsivité, de trouble du sommeil et de faible succès académique qui peuvent durer de quelques jours à plusieurs semaines (Weckerly, 2002).

L'identification du début et de la fin d'un épisode serait difficile car la MAB-J présente des changements d'humeur quotidiens fréquents qui se produiraient depuis plusieurs années. Chez certains enfants, il semblerait que l'hyperactivité en ait été la première manifestation. Ce symptôme aurait commencé un peu avant l'entrée à l'école pour être suivi par des symptômes maniaques durant les premières années scolaires (Geller et Luby, 1997).

Tout comme c'est le cas pour les jeunes présentant un TDAH, il est probable que la sévérité des symptômes ait été une des raisons pour laquelle les jeunes souffrant de la MAB-J seraient souvent placés dans des classes spéciales durant leur scolarisation (Biederman et *al.*, 1996; Wozniak et *al.*, 1995).

Kramlinger et Post (1996) ont conduit une étude longitudinale visant à investiguer les cycles affectifs d'un échantillon de bipolaires hospitalisés en psychiatrie. Les auteurs ont noté que tous ne rencontrent pas les critères minimaux en terme durée pour un épisode (24 heures) ou un cycle (48 heures) affectif. Les personnes bipolaires à cycles dits « rapides » comptent quatre cycles ou plus au cours d'une année. Leurs observations ont permis d'identifier qu'un petit nombre de bipolaires à cycles rapides manifestent des changements d'humeur, cliniquement significatifs, se produisant plus d'une fois au cours d'une période

¹⁵ Les périodes d'euthymie (humeur normale / adéquate) sont courtes ou peu nombreuses durant l'année.

¹⁶ On observe une absence de récupération entre les épisodes.

de 24 heures. Les cycles distincts se produisant au cours d'une période de quelques semaines à plusieurs jours sont appelés cycles ultra-rapides, tandis que ceux se produisant au cours d'une période de moins de 24 heures sont appelés cycles ultradiens. Ces derniers varient énormément pour ce qui est de la durée et du moment d'apparition (début). Les auteurs précisent que ces variations de l'humeur et de l'affect sont observées chez les individus bipolaires ne montrant aucune évidence de troubles de personnalité.

En lien avec les cycles affectifs de Kramlinger et Post (1996), certaines recherches cliniques ont identifié qu'entre 75 et 80% des jeunes ayant une MAB-J présentent des cycles ultradiens (Geller et *al.*, 1995; 2000), ce qui veut dire que la plupart des jeunes présentent plus de 365 cycles par année au cours desquels les symptômes de manie durent plus de quatre heures par jour, ce qui est loin d'être le cas de la symptomatologie MAB typique, à cycles rapides, qui avoisine les quatre cycles par année. En regardant cette présentation des cycles de la MAB-J, il paraît peu probable pour les jeunes qui en souffrent de rencontrer la durée minimale de quatre jours requis par le DSM pour recevoir un diagnostic d'hypomanie. Ceci pourrait expliquer pourquoi la MAB type I, la forme la plus prévalente chez les adultes, ne serait pas la plus rencontrée chez les jeunes (Lewinsohn, Klein et Seely, 1995). Quoi qu'il en soit, la MAB-non spécifiée¹⁷ paraît être le type le plus fréquent chez cette population (Lewinsohn, Klein et Seely, 2000), car généralement les jeunes ne rencontrent pas les critères diagnostics minimaux pour conclure à la présence d'une MAB.

Le DSM-IV (APA, 1994) souligne que la MAB affecte également les hommes et les femmes. Toutefois, de nombreuses recherches soutiennent que la MAB-J est principalement rencontrée chez les garçons (Geller, Williams, Zimmerman, Frazier, Beringer et Warner, 1998; Hendrick, Altshuler, Gitlin, Delrahim & Hammen, 2000; Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Huges, Eshleman, Wittchen et Kendler, 1994; Wozniak et *al.*, 1995), et encore plus spécialement celle qui se manifeste avant l'âge de 13 ans (AACAP, 2007a). Le nombre significativement plus élevé de garçons qui souffrent de la MAB-J constituerait donc une distinction de plus entre la MAB typique (adulte) et la MAB atypique (juvénile).

¹⁷ La MAB non-spécifié, ou le trouble bipolaire non-spécifié, est diagnostiquée chez les personnes qui ne répondent pas aux critères du trouble bipolaire type I ou II du DSM.

De plus, de nombreuses recherches attestent que l'épisode initial de la MAB-J serait un épisode de dépression majeure, plutôt qu'un épisode maniaque (ex. Lewinsohn, Klein et Seely, 1995; Judd, Akistal, Schettler, Endicott, Maser, Solomon, Leon, Rice et Keller, 2002). En effet, Lewinsohn et coll. (1995) rapportent qu'un peu plus de 60% des adolescents présentant une MAB ont eu une dépression majeure comme premier épisode dysthymique, alors qu'environ 5% ont eu un épisode maniaque ou hypomaniaque. Findling et coll. (2001) rapportent aussi un taux élevé de jeunes présentant une MAB-J qui ont souffert d'épisodes dépressifs au cours de leur vie, celui-ci avoisinant cinquante pourcent (46,7%). Quelques recherches attestent pour leur part que la dépression majeure chez les jeunes serait fréquemment de nature bipolaire. En fait, ces études rapportent que 32% des enfants (Geller, Fox et Clark, 1994) et 20% des adolescents (Strober et Carlson, 1982) ayant souffert d'un épisode dépressif ont développé une MAB-J, ce qui n'est pas banal. À la lumière de ces recherches, il semblerait que la dépression soit souvent la première manifestation de la MAB-J (Judd et *al.*, 2002). Donc, simplement en tenant compte des caractéristiques relatives à la présentation des épisodes, la MAB-J ne paraît pas comparable à la MAB typique, tel qu'illustré dans le tableau 2.

Tableau 2. Hypothèse de la présentation clinique de la MAB selon l'âge d'apparition d'après Geller et Luby (1997 : 1171, traduction libre).

	MAB juvénile (atypique)	MAB adulte (typique)
<i>Épisode initial</i>	<i>Dépression majeure</i>	<i>Manie</i>
<i>Type d'épisode</i>	<i>Mixte, cycles rapides</i>	<i>Début aigu et fin identifiable</i>
<i>Durée</i>	<i>Chronique, cycle continu</i>	<i>Semaines</i>
<i>Fonctionnement inter-épisode</i>	<i>Aucun épisode</i>	<i>Amélioré</i>

La MAB typique (adulte) et la MAB atypique (juvénile) se distinguent aussi par l'humeur prédominante lors des différents épisodes qui en marquent le développement. De nombreuses recherches attestent en effet que la MAB-J se manifeste surtout par une sévère irritabilité plutôt que l'humeur euphorique de la MAB typique (Biederman *et al.*, 2000; Carlson, 1983, 1984; Carlson *et al.*, 2000; Findling *et al.*, 2001; Geller *et al.*, 1995; Geller et Luby, 1997; Geller *et al.*, 1998; Geller *et al.*, 2000; McGlashan, 1988; Wozniak *et al.*, 1995). Cette irritabilité se manifeste par des crises de rage¹⁸ ou de colère prolongées et

¹⁸ Traduction libre de « *affective storms* ».

agressives¹⁹ (Davis, 1979; Carlson, 1983, 1984). Elles sont souvent accompagnées d'agressivité physique (ex. coup de pied, morsure, coup de poing) et verbale (ex. menaces, langage vulgaire, provocation) (Wozniak *et al.*, 1995). Au cours de ces crises, qui peuvent durer jusqu'à des heures, les membres de la famille ou les enseignants peuvent être menacés ou attaqués. Souvent, des objets sont détruits les colères pouvant amener un jeune à faire des trous dans les murs ou les portes, briser des fenêtres ou mettre le feu. Ces crises sont identifiées comme des réponses à de simples stimuli et/ou stressseurs ou bien peuvent être reliées à une limite imposée par les parents. L'irritabilité peut ainsi amener les jeunes à proférer des menaces et adopter des comportements agressifs envers les autres : les membres de la famille, les adultes, les pairs et les enseignants (Carlson, 1983, 1984; Davis, 1979). McGlashan (1988) soulignait que les jeunes qui développent une MAB peuvent être particulièrement explosifs, désorganisés et avoir plus de problèmes légaux que les adultes qui sont dans le même épisode de la MAB.

Entre les crises spectaculaires, ces jeunes sont décrits comme étant constamment irritables ou colériques (Carlson, 1983, 1984; Geller et Luby, 1997). Les comportements agressifs qu'ils manifestent seraient en fait les principales raisons pour lesquelles ils sont hospitalisés en psychiatrie (Wozniak *et al.*, 1995). Kovacs et Pollock (1995) ont noté que les jeunes qui présentent une MAB manifestent généralement des comportements antisociaux sérieux et écoupent de nombreuses suspensions scolaires. Ainsi, plusieurs comportements peuvent être considérés comme des manifestations du TDC, mais ils pourraient aussi être reliés à la désinhibition comportementale, l'irritabilité et/ou la faible tolérance à la frustration qui caractérisent la MAB-J (Biederman, Mick, Wozniak, Monuteaux, Galdo et Faraone, 2003). Il n'est donc pas surprenant que le TDC soit le diagnostic le plus fréquemment retenu pour ces jeunes.

La présentation clinique particulière de la MAB-J montre qu'il est possible que l'irritabilité et les comportements agressifs des jeunes qui présentent une MAB ne touchent pas exclusivement les gens de leur entourage et qu'ils soient aussi dirigés envers eux-mêmes (Kowatch *et al.*, 2005a) et manifestés par des propos et des gestes suicidaires. Baldessarini et Jamison (1999) notent que les comportements suicidaires sont plus fréquents chez les

¹⁹ Traduction libre de « *prolonged and aggressive temper outbursts* ».

personnes souffrant d'une MAB que dans les autres troubles psychiatriques. Brent et coll. (1988; 1993) ont identifié que la MAB chez les adolescents est associée à un haut taux de suicide, touchant entre 15 et 20% d'entre eux, ce qui est loin d'être négligeable.

Puisque la distinction entre la MAB-J et le TDAH est un défi clinique en raison de leurs symptomatologies similaires, Kowatch et coll. (2005b) ont réalisé une méta-analyse (N = 362) explorant la présentation de la MAB-J chez les jeunes. Ces auteurs notent que certains symptômes sont présents dans d'autres troubles psychiatriques, soit l'augmentation du niveau d'énergie (hyperactivité), la distractibilité et la pression du discours dans le TDAH; l'irritabilité dans les troubles de l'humeur, le trouble oppositionnel avec provocation et le TDC. Néanmoins, cette méta-analyse permet d'identifier les symptômes les plus fréquemment rencontrés dans la MAB juvénile soit l'hyperactivité (89%), la distractibilité (84%), la pression du discours (82%) et la grandiosité (78%). Pour ce qui est de l'irritabilité (81%) et de l'humeur joyeuse/ euphorique (70%), leur présence varie énormément d'une recherche à l'autre, soit entre 55% et 95% pour le premier symptôme et entre 45% et 87% pour le second.

2.4.3.2 Les troubles psychiatriques associés à la MAB-J

En plus de sa présentation atypique, la MAB-J est rarement « pure », c'est-à-dire qu'elle se manifeste souvent avec d'autres troubles psychiatriques, ce qui est aussi vrai pour la dépression juvénile (Carlson, 1998). Tant les études épidémiologiques (Lewinsohn, Klein et Seeley, 1995; Kessler *et al.*, 1994) que cliniques (Carlson et Kashani, 1988; Geller *et al.*, 1995; West, McElroy, Strakowski, Keck et McConville, 1995) confirment que les jeunes (enfants et adolescents) ayant une MAB présentent presque toujours d'autres diagnostics psychiatriques.

Dans leur méta-analyse, Kowatch et coll. (2005b) ont aussi noté les diagnostics cooccurrents les plus fréquents avec la MAB-J. Ceux-ci sont le TDAH (62%), le trouble oppositionnel avec provocation (53%), les troubles anxieux (27%), le trouble des conduites (19%) et les troubles reliés à la consommation de substances psychoactives (12%). Plusieurs autres recherches ont identifié que les problématiques qui accompagnent les plus fréquemment la MAB-J sont les troubles du comportement perturbateur (TOP, TDC, TDAH) et les troubles anxieux (Biederman *et al.*, 1996b; Carlson, 1990; Carlson, Bromet,

Drissen, Mojtabai et Schwartz, 2002; Findling *et al.*, 2001; Geller *et al.*, 1995, 2004; Kovacs et Pollock, 1995; Lewinsohn, Klein et Seeley, 1995; West *et al.*, 1995; Wozniak *et al.*, 1995). On constate toutefois que ce ne sont pas toutes les cooccurrences qui sont rapportées dans les recherches et que, lorsqu'elles sont rapportées, leur prévalence varie beaucoup.

Les troubles reliés à la consommation de substances psychoactives, pour leur part, sont quelques fois considérés comme un critère d'exclusion ou leur prévalence n'est pas mentionnée, ce qui les rend difficile à chiffrer. Quelques recherches ont montrés qu'ils étaient très fréquents auprès de la population adolescente, alors que ce constat n'a pas été fait chez les enfants (Wilens, Biederman, Millstein, Wozniak, Haesy et Spencer, 1999; Milberger, Biederman, Faraone, Wilens et Chu, 1997). Certaines recherches retenues pour la méta-analyse de Kowatch et coll. (2005b) ont exclus ou n'ont pas indiqués le taux de jeunes présentant un trouble relié à la consommation de substances psychoactives (ex. Wozniak *et al.*, 1995; Geller *et al.*, 2004). Puisque la cooccurrence entre ce trouble et le TDC est fréquente (AACAP, 2005; Armstrong et Costello, 2002; Connor, 2002; Crowley et Riggs, 1995; Kazdin, 1995) et que les jeunes présentant un trouble relié à la consommation de substances psychoactives ont été exclus des recherches retenues pour la méta-analyse, il est possible de faire un lien entre cette exclusion et la faible prévalence du TDC (19%) rapporté dans la méta-analyse de Kowatch et coll. (2005b).

2.4.3.3 La relation entre la MAB-J et le TDAH

Plusieurs recherches sur la MAB-J ont évoqué la difficulté de distinguer ce trouble de l'humeur du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (Biederman, 1995; Geller *et al.*, 1995, 2000, 2002b). Plutôt que la schizophrénie, un des diagnostics différentiels de la MAB chez les adolescents plus âgés et chez les jeunes adultes (Geller et Luby, 1997), le TDAH est un des diagnostics différentiels problématiques chez les enfants et les jeunes adolescents qui présentent une symptomatologie pouvant être attribuable à la MAB-J (Geller, Craney, Bolhofner, Nickelsurg, Williams et Zimmerman, 2002a). En y regardant de plus près, il est fort probable qu'on observe que cette difficulté nait du chevauchement des critères diagnostics centraux de la MAB-J et du TDAH, ainsi que de leur forte cooccurrence chez un même individu (Biederman, 1995; Carlson, 1984; Geller *et al.*, 1995, 2000, 2002b). Ce qui les rend encore plus difficile à distinguer est que le TDAH

de *type combiné* est celui le plus fréquemment rencontré chez les jeunes qui présentent une MAB-J (Faraone, Biederman, Mennin et Russel, 1998; Findling *et al.*, 2001), ces deux troubles étant caractérisés par les mêmes symptômes, c'est-à-dire la distractibilité, l'impulsivité et l'hyperactivité.

Une relation asymétrique existe entre les jeunes qui présentent une MAB-J et un TDAH. D'un côté, entre 16% et 23% des jeunes avec un TDAH pourraient présenter une MAB-J, tel que noté tant dans les échantillons de jeunes qui sont hospitalisés (interne) (Butler, Arredondo et McCloskey, 1995) ou qui sont suivis en clinique pédopsychiatrique (externe) (Biederman *et al.*, 1996b; Wozniak *et al.*, 1995). D'un autre côté, les recherches soulignent que le TDAH touche entre 70% à 98% des enfants et entre 30% à 74% des adolescents qui présentent une MAB-J (Faraone *et al.*, 1997a; Findling *et al.*, 2001; Geller et Luby, 1997; Geller *et al.*, 1998; Kafantaris, Coletti, Dicker, Padula et Pollack, 1998; West *et al.*, 1995; Wozniak *et al.*, 1995). Ainsi, il semblerait que l'âge d'apparition de la MAB peut modifier le risque de cette cooccurrence (AACAP, 2007a; Biederman *et al.*, 2000). Plus récemment, Sachs et coll. (2000) ont rapporté que la cooccurrence du TDAH avec la MAB se produisait seulement auprès des personnes ayant développé une MAB avant l'âge de 19 ans.

Parallèlement, McElroy et coll. (1992) ont noté qu'entre 20% et 30% des adultes aux prises avec une MAB très sévère ont une présentation atypique qui rappelle étrangement la MAB-J. Ces derniers affichent une MAB « mixte », précoce, chronique, sans épisodes distincts, associée à un haut taux de suicide, peu réceptive au traitement pharmacologique et fréquemment associé au TDAH. Cet autre constat vient appuyer l'idée que l'âge d'apparition de la MAB, plutôt que l'âge chronologique, serait un élément important dans la présentation d'une forme sévère de MAB juvénile fortement associée au TDAH (Biederman *et al.*, 2000).

2.4.3.4 La présentation clinique de la MAB-J associée au TDAH

Il n'y a pas consensus quant au nombre de symptômes du TDAH qui sont manifestés par les jeunes qui présentent une cooccurrence du TDAH et de la MAB-J versus ceux qui n'ont qu'un diagnostic de TDAH (Biederman *et al.*, 1996b; Wozniak *et al.*, 1995). Une étude réalisée par Tillman et coll. (2003) s'est penchée sur l'âge d'apparition des troubles cooccurrents, ainsi que sur leur présentation clinique. Afin de mieux saisir la sévérité de la

MAB-J, ces auteurs ont noté les diagnostics psychiatriques les plus couramment rencontrés dans leur échantillon (N = 174).

Ces auteurs notent que les jeunes qui présentent une MAB-J auraient un niveau de fonctionnement inférieur à celui des jeunes qui présentent un TDAH, et ce, sans même avoir lu toutes les recherches qui le confirme (entre autres Biederman *et al.*, 1996b; Kowatch *et al.*, 2005b; Wozniak *et al.*, 1995). Il semble aussi évident que ce trouble de l'humeur se manifeste rarement seul, car presque tous les jeunes qui en présentent les symptômes font l'objet d'au moins un autre diagnostic psychiatrique. Pour apporter quelques précisions sur ces diagnostics cooccurrents, Tillman et coll. (2003) ont noté que les jeunes présentant une MAB-J sont 87,1% à présenter un TDAH, 78,5% à présenter un trouble oppositionnel avec provocation et 11,8% à présenter un trouble de conduites. Les auteurs ne fournissent pas de données en ce qui a trait aux troubles reliés à la consommation de substances psychoactives, car il s'agissait d'un critère d'exclusion de leur étude. Tel que mentionné précédemment lors de la présentation de la méta-analyse de Kowatch et coll. (2005b), l'exclusion des jeunes présentant un trouble relié à la consommation de substances psychoactives peut expliquer le faible taux de TDC dans cet échantillon : la forte cooccurrence entre ces deux diagnostics est bien documentée (AACAP, 2005; Armstrong et Costello, 2002; Connor, 2002; Crowley et Riggs, 1995; Kazdin, 1995).

2.4.3.5 La symptomatologie distinctive de la MAB-J et du TDAH

Pour les cliniciens, il n'est pas simple de faire la distinction entre la MAB-J et le TDAH, alors que les jeunes qui les présentent sont reconnus pour avoir une symptomatologie qui, au premier abord, paraît plutôt similaire. Tillman et coll. (2005) ont observé que la perception des symptômes attribuables à la MAB-J chez les jeunes bipolaires (N = 93) change selon le lieu de consultation, soit en clinique pédiatrique ($n = 29$) ou psychiatrique ($n = 64$). Quelques résultats intéressants ont été retenus par les auteurs afin de souligner la difficulté d'identifier ce trouble de l'humeur chez une population juvénile. Tout d'abord, du côté de la médication, la prescription de stabilisateur de l'humeur (anti-manie) est apparue significativement inférieure dans les sites pédiatriques (3,4%) en comparaison aux sites psychiatriques (32,8%). Ceci pourrait être dû à la non-reconnaissance de la MAB-J par les pédiatres. Par contre, le nombre élevé de prescriptions de stimulants dans les sites

pédiatriques (93,1%) en comparaison aux sites psychiatriques (45,3%) porte à croire que les pédiatres ont identifié un TDAH.

Au point de vue symptomatologique, les jeunes souffrant d'une MAB-J référés en psychiatrie avaient tendance à présenter de plus hauts taux d'épisodes mixtes (64,1%) que ceux référés en pédiatrie (34,5%). Une différence significative est aussi notée en ce qui a trait à la sévérité du risque suicidaire chez les jeunes présentant une MAB-J référés en psychiatrie (32,8%) et en pédiatrie (6,9%). La présentation mixte de la MAB-J fait qu'il est possible que les pédiatres, constatant la présence de symptômes dépressifs et/ou un risque suicidaire, réfèrent les jeunes en psychiatrie puisque la symptomatologie dépressive est plus facile à évaluer que la symptomatologie maniaque dans les cas de MAB-J.

Finalement, du côté des troubles cooccurrents, le trouble oppositionnel avec provocation est plus fréquemment rencontré dans les cliniques psychiatriques (85,9%) que pédiatriques (62,1%), ce qui amène les auteurs à suggérer que les jeunes manifestant de l'agressivité seraient plus rapidement référés en psychiatrie.

En somme, l'étude de Tillman et coll. (2005) permet surtout de constater que la MAB-J est difficile à identifier et que le TDAH, quoique souvent cooccurrent, est le trouble le plus fréquemment identifié chez les jeunes qui présentent une MAB-J. Il apparaît aussi que même si la MAB-J est difficile à distinguer du TDAH pour ce qui est de la symptomatologie, la présentation clinique de la MAB-J est généralement plus complexe que celle du TDAH, car les jeunes bipolaires manifestent des symptômes allant au-delà de ceux communs aux deux diagnostics (irritabilité, hyperactivité et distractibilité). En plus, les jeunes souffrant d'une MAB-J, avec ou sans TDAH, présentent souvent d'autres problématiques qui viennent compromettre leur fonctionnement quotidien; comme une agressivité sévère (par exemple Biederman et al, 1996), un risque suicidaire (AACAP, 2007b; Geller et al., 1998; Kowatch et al., 2005a), des traits de personnalité antisociale et limite (Levinsohn et al., 2000) et/ou des troubles liés à la consommation de substances psychoactives (Biederman et al., 1996; AACAP, 2005). Il importerait de pouvoir distinguer les deux troubles afin de mieux cerner les difficultés rencontrées et les traitements appropriés.

Suite aux constats faits quant à la présentation clinique du TDAH et de la MAB-J, Kowatch et coll. (2005b) soulignent dans leur méta-analyse que l'irritabilité, ainsi que l'humeur joyeuse et/ou la grandiosité, deux symptômes-clés de la MAB-J (Craney et Geller, 2003), quoiqu'utiles, ne devraient pas être considérés comme des symptômes devant nécessairement être présents pour identifier un cas de MAB-J. Quelques recherches les considèrent trop restrictifs et affirment même que ce ne sont pas tous les cas de MAB type-I qui les présentent (Biederman *et al.*, 2000; Findling *et al.*, 2001; West, Strakowski, Sax, McElroy, Keck et McConville, 1996). Néanmoins, ces deux symptômes-clé peuvent être fort révélateurs d'une pathologie plutôt qu'une autre, au point où ils constituent les critères d'inclusion dans les recherches de Geller et coll. sur la MAB-J et le TDAH (Geller et al., 2000; Geller et al., 2002).

Pour terminer, notons que Faraone et coll. (1997a) ont souligné que la présence d'instabilité affective (humeur labile), d'agressivité et d'un TDAH important chez un jeune pourrait s'avérer être un signe précurseur de l'émergence d'une MAB-J.

2.4.4 Le trouble des conduites et la maladie affective bipolaire juvénile

De façon moindre que le TDAH, une cooccurrence significative est aussi notée entre la maladie affective bipolaire juvénile et le trouble des conduites. En fait, les études réalisées auprès de jeunes présentant une MAB-J ont souligné qu'ils étaient nombreux à répondre aux critères du TDC (ex. Biederman *et al.*, 1996b; Faraone *et al.*, 1997b; Geller, Fox et Clark, 1994; Kovacs et Pollock, 1995; Wozniak *et al.*, 1995). Par exemple, Wozniak et coll. (1995) ont souligné que 37% des enfants qui répondaient aux critères de manie répondaient aussi à ceux du TDC. Kovacs et Pollock (1995) ont rapporté que 69% des jeunes référés pour une MAB présentaient aussi un TDC, en plus de noter que la cooccurrence entre ces deux troubles était associée à une présentation plus sévère du trouble de l'humeur. Enfin, Biederman et coll. (1999) ont noté que 40% des jeunes présentant un TDC rencontrent aussi les critères de la MAB-J et que 41% des jeunes avec une MAB-J présentaient aussi un TDC.

Les études réalisées auprès d'adolescents présentant un TDC ont aussi noté une forte présence de la maladie affective bipolaire (ex. Kutcher, Marton et Korenblum, 1989; Pliszka, Sherman, Barrow et Frick, 2000). Dans un échantillon d'adolescents hospitalisés

en psychiatrie, Kutcher, Marton et Korenblum (1989) ont étudié la relation entre le TDC et les troubles psychiatriques (N = 96) et ont constaté que 42% des jeunes hospitalisés pour un TDC présentaient aussi une MAB (plus 21% avec dépression majeure). Dans un centre de détention juvénile, Pliszka et coll. (2000) ont aussi constaté une très forte association entre les troubles affectifs et le TDC (N = 50). De fait, 42% des délinquants de leur échantillon présentaient un trouble affectif (22% MAB; 20% dépression majeure). Pour leur part, Teplin et coll. (2002) chiffrent à 2,2% le taux de MAB dans leur population d'adolescents incarcérés, alors que la dépression majeure en touche 13%. Les taux de dépression majeure ont été mentionnés car, tel que souligné précédemment, il s'agit souvent de la première manifestation d'une MAB-J (Geller et Luby, 1997; Judd *et al.*, 2002).

En somme, les recherches effectuées auprès de différents types d'échantillons de jeunes illustrent une relation fréquente entre le TDC et la MAB (typique et atypique).

Pour ce qui est de la présentation chronologique ou l'émergence des troubles, il n'y a pas de consensus entre les recherches. Dans l'étude de Kovacs et Pollock (1995), les jeunes manifestaient initialement le TDC vers 12 ans et demi alors que la MAB-J apparaissait un peu après l'âge de 13 ans (13,3 ans). Toutefois plus des trois-quarts de l'échantillon avaient une MAB de type I; type qui n'est généralement pas le plus prévalent et effectivement tend à se présenter au début de l'adolescence, ce qui pourrait expliquer que le type de TDC le plus fréquent dans leur échantillon soit le *socialisé-agressif*. Les auteurs ajoutent que pour les jeunes qui souffraient d'une cooccurrence MAB-J et TDC, la plupart avait déjà reçu un diagnostic de trouble du comportement perturbateur et aucun n'avait manifesté le trouble affectif en premier. Chez les jeunes ayant manifesté le trouble des conduites avant la MAB-J (11/26), le TDC avait tendance à être plus précoce (TDC après MAB-J : 15,3 ans; TDC avant MAB-J : 10,7 ans).

Tillman et coll. (2003) ont remarqué que les troubles psychiatriques les plus fréquemment associés à la MAB-J se présenteraient de la façon suivante. Le TDAH se manifesterait en premier très peu de temps avant l'entrée à l'école (vers 4,5 ans). Peu après, surviendraient les symptômes de la MAB-J durant les premières années scolaires (vers 6,5 ans), alors que peu de temps après, émergeraient ceux du trouble oppositionnel avec provocation (vers 7

ans). Enfin, quelques années plus tard, les comportements antisociaux associés au TDC se manifesteraient (vers 10,5 ans).

Biederman et coll. (1999) ont noté qu'il n'y avait pas vraiment de différences entre les groupes (TDC, MAB-J, TDC avec MAB-J) pour ce qui est du trouble qui s'est manifesté en premier, car pour 41% des jeunes la MAB-J serait apparue la première, pour 25% le TDC serait survenu en premier, alors que pour 34% l'apparition aurait été simultanée. En fait, la MAB-J aurait commencée à se manifester vers l'âge de 6 ans et demi, alors que le TDC aurait commencé vers 7 ans, ce qui est très similaire aux résultats de l'étude de Tillman et coll. (2003).

Finalement, soulignons les résultats d'une étude réalisée auprès d'un échantillon qui n'est pas en psychiatrie mais plutôt en détention. Pliszka et coll. (2000) qui réalisent cette étude affirment que tous les jeunes détenus qui souffrent d'un trouble des conduites et d'un trouble affectif auraient présenté leur TDC en premier.

Cette présentation des trajectoires développementales des troubles psychiatriques est intéressante, car elle ressemble fortement à celle du TDAH et ses cooccurrences (trouble oppositionnel avec provocation et trouble de conduites) et très peu de recherches ont présenté de manière aussi complète les cooccurrences de la MAB-J. Même si la plupart des études sur la MAB-J tendent à présenter l'âge au moment du début de ces troubles, les échantillons sont difficilement comparables, car ils varient souvent en terme d'âge et de type de problématiques rencontrées (ex. Biederman, Faraone, Chu et Wozniak, 1999; Kovacs et Pollock, 1995; Wozniak *et al.*, 1995). Bref, certains chercheurs estiment que le TDC serait un antécédent significatif pour le développement d'une MAB future (Biederman *et al.*, 1996b) et que, dans les cas de TDC très irritable et dysphorique, la MAB devrait être considérée comme un diagnostic différentiel (Wozniak, Biederman, Faraone, Blier et Monuteaux, 2000).

2.4.4.1 *Une distinction difficile...*

Kovacs et Pollock (1995) ont évoqué la possibilité que la forte cooccurrence entre la MAB (typique) et le TDC puisse brouiller la présentation clinique de la MAB et la rendre encore plus difficile à identifier chez les jeunes. Car, même si ce sont deux troubles psychiatriques

différents, il demeure que faire la différence entre les deux est très complexe, tout particulièrement si le jeune manifeste des comportements qui pourraient être attribuables aux deux problématiques (par exemple : irritabilité, hyperactivité et agressivité) (Biederman, 1998; Biederman *et al.*, 2003; Spencer, Biederman, Wozniak, Faraone, Wilens et Mick, 2001; Wozniak *et al.*, 2001). De plus, les jeunes qui présentent un TDC et une MAB-J manifesteraient les deux types d'agressivité, proactive et réactive, ce qui a été noté par plusieurs auteurs (Biederman, Faraone, Hatch, Mennin, Taylor et Goerge, 1997, Biederman *et al.*, 2003; Eichelman, 1987, 1992; Vitello et Stoff, 1997) et ne fait que complexifier leur distinction.

Tout d'abord, Wozniak *et coll.* (1995) soulignent que l'irritabilité, reconnue comme un symptôme de la MAB chez les adultes, est associée à de nombreux troubles psychiatriques attribué à des troubles psychosociaux ou à un TDC, surtout en présence de comportements agressifs. Pour leur part, Spencer *et coll.* (2001) ont remarqué que, puisque les symptômes du trouble du comportement perturbateur (TDAH, TOP, TDC) et ceux de la MAB-J se chevauchent, et qu'ils précèdent souvent ceux du trouble affectif, les symptômes de la MAB-J ont souvent été considérés comme témoignant d'un TDAH sévère ou d'un TDC agressif, ce que supporte les résultats de l'étude de Tillman *et coll.* (2003) sur la perception des symptômes de la MAB-J selon le milieu de consultation et la prescription de psychostimulants.

En somme, les symptômes de la MAB-J, tels que l'irritabilité, l'humeur labile, l'impulsivité et l'agressivité mèneraient souvent à négliger la composante affective au profit des diverses perturbations comportementales. Cela peut faire en sorte que des jeunes se retrouvent dirigés vers un centre de détention plutôt que vers un centre hospitalier, diminuant ainsi leurs chances de recevoir un traitement psychiatrique adapté à leur trouble de l'humeur (Biederman *et al.*, 1997).

2.4.4.2 *La relation entre le TDC et la MAB-J*

Suite à de nombreuses recherches auprès de jeunes présentant une MAB-J, Biederman *et coll.* (2003) ont conclu que plusieurs présenteraient à la fois un TDC et une MAB-J. Cette conclusion a été émise après que les auteurs aient constaté que les jeunes qui présentent un

TDC et une MAB-J ressemblent aux jeunes qui présentent ces troubles de manière isolée, c'est-à-dire un TDC sans MAB-J ou une MAB-J sans TDC.

Une étude longitudinale tend à montrer que cette conclusion serait possible. Cette étude, réalisée par Fergusson et coll. (1996), s'est échelonnée sur une période de seize ans et s'est intéressée à l'origine de la cooccurrence entre le TDC/TOP et les troubles affectifs (dépression majeure et dysthymie). Cette étude n'était pas spécifique à la MAB, mais il demeure que cette pathologie est un trouble de l'humeur, que la dépression majeure est souvent une première manifestation de la MAB-J et qu'elle est aussi souvent rencontrée chez les jeunes avec un TDC. Cela dit, les auteurs ont noté que les facteurs de risque associés au développement du TDC/TOP chez les adolescents chevauchent et sont étroitement liés aux facteurs de risque pour le développement de troubles affectifs chez les adolescents. Plus du deux tiers de la variance, dans l'étude de Fergusson et coll. (1996), est expliquée par des facteurs de risque communs entre les deux troubles, comme par exemples le sexe masculin, l'intelligence, les antécédents de délinquance, les conflits familiaux, une relation parent-enfant difficile ou marquée d'un faible attachement et l'affiliation à des pairs délinquants. Les auteurs notent aussi qu'il ne semble pas y avoir de trajectoires causales entre le TDC/TOP et les troubles affectifs : la majorité de la relation et de la cooccurrence entre ces troubles serait attribuable aux facteurs de risque et aux trajectoires de vie communes, c'est-à-dire que ce qui prédispose les adolescents à un trouble est aussi ce qui les prédispose à l'autre. Enfin, les auteurs soulignent qu'une partie de la cooccurrence entre le TDC/TOP et les troubles affectifs demeure inexpliquée.

Cette recherche vient appuyer l'idée voulant que la cooccurrence entre le TDC/TOP et les troubles affectifs chez un même jeune n'est pas expliquée parce que les médecins ont fait de mauvais diagnostics, mais plutôt parce que ces troubles sont effectivement présents chez le même individu. La présentation cooccurrence de ces troubles (TDC/TOP et troubles affectifs) avait aussi été notée par Biederman et coll. (2003). Cela dit, une question peut être soulevée : comment expliquer qu'un trouble de l'humeur et un trouble du comportement perturbateur soient si souvent cooccurrents et qu'ils aient de nombreux facteurs de risque communs et une trajectoire de vie similaire? Existerait-il un type de trouble des conduites qui serait associée à la maladie affective bipolaire juvénile (typique ou atypique)?

Cette question est très pertinente, d'autant que quelques recherches pharmacologiques effectuées auprès de jeunes présentant un TDC avec comportements agressifs ont permis de noter qu'ils répondraient favorablement aux stabilisateurs de l'humeur, médication normalement indiquée pour diminuer les symptômes maniaques lors d'un épisode maniaque et pour stabiliser l'humeur entre les épisodes dysthymiques. Auprès des jeunes avec une MAB-J, les stabilisateurs de l'humeur sont associées à une amélioration des symptômes maniaques, ce qui n'est pas constaté avec les psychostimulants et les antidépresseurs (Biederman, Klein, Pine et Klein, 1998).

Au cours des dernières décennies, quelques études cliniques contrôlées ont noté l'efficacité de stabilisateurs de l'humeur (lithium et carbamazépine) dans le traitement du TDC avec comportements agressifs (Campbell, Small, Green, Jennings, Perry, Bennett et Anderson, 1984; Campbell, Adams, Small, Kafantaris, Silva, Shell, Perry et Overall, 1995; Cueva, Overall, Small, Armenteros, Perry et Campbell, 1996; Malone, Delaney, Luebbert, Cater et Campbell, 2000). Il est vrai que ces jeunes avaient été hospitalisés en raison de leur agressivité sévère, incontrôlable et désorganisée et non pas directement pour leurs comportements antisociaux ou leur délinquance. Il demeure que, dans l'étude de Campbell et coll. (1995), le lithium diminue significativement les comportements agressifs ouverts (intimidation, bagarres et crises de colère) et l'agitation, en plus d'avoir amélioré la capacité attentionnelle des jeunes.

De leur côté, Donovan et coll. (2000) ont souligné l'efficacité du divalproex (stabilisateur de l'humeur) sur le tempérament explosif et l'humeur labile pour un petit groupe d'adolescents (N = 20). Parmi eux, certains présentaient un TDAH (4/20), un TOP/TDC (1/20) ou des troubles liés à la consommation de substances psychoactives (6/20). Les chercheurs ont noté une amélioration se traduisant par la diminution des comportements agressifs ouverts, de la colère, de l'hostilité, de l'irritabilité et de la labilité de l'humeur.

Une autre recherche clinique sur le divalproex, réalisée auprès d'adolescents délinquants incarcérés (N = 58), vient renforcer le fait que ce médicament serait efficace pour traiter les symptômes du TDC. En effet, Steiner et coll. (2003) ont noté que les adolescents soumis à la médication rapportaient être capable de démontrer une plus grande retenue et avoir un meilleur contrôle de leur impulsions (*self-restraint and impulse control*), deux

caractéristiques étroitement reliés à la commission d'actes de délinquance. Les jeunes de l'échantillon présentaient tous un TDC, la majorité d'entre eux présentaient un trouble relié à la consommation de substances psychoactives (51/58) et un peu plus de la moitié présentait un TDAH (30/58) et/ou un trouble de l'humeur (33/58) (incluant la dysthymie et la dépression majeure).

Enfin, les stabilisateurs de l'humeur ne sont pas les seuls à avoir conduit à constater une amélioration du TDC chez les jeunes. Des études sur la rispéridone (antipsychotique atypique) ont aussi permis d'observer son efficacité sur certains symptômes du TDC, alors que cette médication est notamment reconnue pour améliorer l'agressivité associée à la MAB-J (Frazier, Meyer, Biederman, Wozniak, Wilens, Spencer, Kim et Shapiro, 1999). Findling et coll. (2000) ont aussi remarqué que la rispéridone était efficace pour le traitement des comportements agressifs chez les jeunes présentant un TDC. Même si, dans leur étude, les troubles affectifs constituaient un critère d'exclusion, il est possible que les chercheurs aient exclus les jeunes qui présentaient une MAB typique, et que ceux qui présentaient une MAB atypique aient été inclus parce qu'ils ne rencontraient pas les critères diagnostics de la forme typique. Face à cette possibilité, les délinquants agressifs pourraient présenter une MAB-J sous-jacente et la rispéridone traiterait ainsi le trouble de l'humeur, ce qui permettrait aux chercheurs de constater une baisse des comportements agressifs qui, en fait, seraient attribuables à une MAB-J.

Néanmoins, il demeure qu'à la lumière des résultats des études mentionnées précédemment, il est possible d'envisager que l'efficacité des stabilisateurs de l'humeur et de certains antipsychotiques chez les jeunes agressifs qui présentent un TDC soit reliée à leur effet anti-maniaque (Spencer *et al.*, 2001). Puisque ces médicaments diminuent les comportements agressifs incontrôlables plutôt que les comportements antisociaux et la délinquance, on peut faire l'hypothèse que les jeunes qui reçoivent la médication et réagissent positivement pourraient aussi souffrir d'une MAB-J qui n'a pas été diagnostiquée, en plus du TDC qui, lui, a été diagnostiqué (Spencer *et al.*, 2001). Ces résultats d'études pharmacologiques réalisées auprès de jeunes qui présentent un TDC et des comportements agressifs permettent de formuler l'hypothèse de plus en plus vraisemblable de l'existence d'un type de TDC associé à une MAB-J chez certains jeunes délinquants et agressifs.

2.4.5 *L'association entre le trouble des conduites (TDC), la maladie affective bipolaire juvénile (MAB-J) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)*

De nombreuses études ont noté chez les jeunes une cooccurrence élevée entre le TDC, la MAB-J et le TDAH (Biederman *et al.*, 1992, 1995, 1996b; Faraone *et al.*, 1997b; Wozniak *et al.*, 1995, 2001), ce qui a amené Faraone et coll. (1998) à évoquer la possibilité qu'il y ait une association particulière entre ces trois troubles psychiatrique, qui, en fait, n'en formerait qu'un seul. Puisqu'un nombre significatif de jeunes répondent aux critères diagnostics de ces trois troubles et présentent une perturbation de l'humeur (dysphorie), de l'agressivité, de l'hyperactivité, de l'inattention et de l'impulsivité, certains chercheurs postulent que la présence du TDC et de la MAB-J chez un jeune, associé au TDAH présent dans la famille, pourraient correspondre à un syndrome familial distinct (Biederman *et al.*, 2000; Faraone *et al.*, 1997b, 1998, 2001; Wozniak *et al.*, 2001).

Cette hypothèse tend à être appuyée par des recherches génétiques et familiales (Biederman *et al.*, 1996b, 1998; Wozniak *et al.*, 1995, 2001). L'existence d'un trouble distinct serait donc possible, mais rien n'est clair à savoir s'il s'agit d'un type de MAB-J associé à une forte cooccurrence de TDC (Kovacs et Pollock, 1995) ou bien d'un type de TDC associé à une forte dysphorie et explosivité (Biederman *et al.*, 1997). Il demeure que la cooccurrence des deux diagnostics existe et mérite une attention particulière, notamment dans le but d'offrir un meilleur traitement et une meilleure prise en charge des jeunes qui présentent des comportements antisociaux, peu importe la présence ou l'absence d'un TDAH (Biederman *et al.*, 1997; 2003).

2.4.5.1 Existerait-il un trouble des conduites dysphorique ?

Biederman et coll. (1997) ont évoqué la possibilité qu'un groupe de jeunes souffre d'un TDC dysphorique, différent du TDC délinquant. Il s'agirait d'un type de TDC, caractérisé par de l'irritabilité et de l'explosivité, qui se distinguerait par sa présentation clinique, son histoire familiale, ses psychopathologies, son évolution, son pronostic et sa réponse au traitement. Alors que le TDC délinquant est caractérisé par une agressivité proactive, prédatrice et organisée, le TDC dysphorique serait manifesté par une agressivité tant réactive que proactive, et présenterait une délinquance moins organisée.

Plusieurs auteurs rapportent que l'agressivité réactive et proactive sont manifestées par les jeunes qui souffrent d'un TDC et d'une MAB-J (Biederman *et al.*, 1997, 1998, 1999, 2003; Eichelman 1987, 1992; Spencer *et al.*, 2001; Vitiello et Stoff, 1997). Ce constat permet d'envisager que le TDC chez les jeunes qui présentent une MAB-J n'est pas faussement diagnostiqué, car les deux types d'agressivité sont présents. Si le TDC était secondaire à la MAB-J, les comportements antisociaux ouverts ne seraient pas similaires dans les cas de TDC sans MAB-J (Biederman *et al.*, 2003). Il semblerait aussi que la cooccurrence TDC et MAB-J chez un jeune amplifie la présentation des symptômes associés à chacun des troubles (Biederman *et al.*, 1999), mais que cette différence est négligeable (Biederman *et al.*, 2003).

L'existence d'un trouble des conduites dysphorique est liée à certains constats. Tout d'abord, la présentation clinique de la MAB-J si différente de la MAB typique, ceci aurait souvent conduit les cliniciens à considérer les symptômes de ce trouble de l'humeur comme les manifestations d'un TDC agressif, d'un TDAH sévère, des problèmes psychosociaux ou même un trouble de la personnalité limite et/ou antisociale. Les symptômes d'irritabilité, d'agressivité, d'impulsivité, d'humeur labile, de désinhibition et de distractibilité brouillent probablement le portrait clinique de la MAB-J, en raison des nombreuses cooccurrences qui s'observent, au profit des troubles du comportement perturbateur qui sont plus fréquemment rencontrés chez ceux qui présentent l'ensemble de ces manifestations. En fait, une forte cooccurrence entre ces troubles (TDC, TDAH et MAB-J) est notée dans plusieurs milieux (ex. centre hospitalier, centre de détention, pédiatrie et psychiatrie) et la similitude de leurs symptômes font qu'il est difficile pour les cliniciens de poser un diagnostic exact. La recherche de Fergusson et coll. (1996) sur les facteurs de risque communs et les trajectoires de vie similaires rencontrés chez les jeunes présentant un TOP/TDC et ceux présentant un trouble de l'humeur tendent à appuyer l'hypothèse de l'existence d'un TDC dysphorique. Les recherches pharmacologiques menées auprès de jeunes ayant un TDC montrent que ceux auxquels la médication est administrée affichent une diminution de l'agressivité ouverte, de l'agitation et de la distractibilité, autant de symptômes maniaques, portant à supposer qu'une MAB-J non-diagnostiquée pourrait être sous-jacente.

Il est important d'identifier la présence de la MAB-J ou même des symptômes connus de la MAB-J chez les jeunes, car la présence de ce trouble de l'humeur est associé à de lourdes

conséquences tant pour le jeune, sa famille que la société. À cet égard, Lewinsohn et coll. (1995) soulignent que les jeunes qui présentent un spectre bipolaire, tout comme ceux qui présentent une MAB-J, devraient être suivis étroitement, car eux aussi tendent à présenter une forte cooccurrence de troubles du comportement perturbateur, en plus d'avoir une présentation chronique de la MAB-J, un fonctionnement altéré, un haut taux de tentatives de suicide et un haut taux d'utilisation de services psychiatriques. Ces résultats ne font que souligner l'importance des conséquences de la MAB-J même sous une forme moins sévère, comme le spectre bipolaire. En addition, une attention particulière devrait être portée aux jeunes qui présentent un TDAH, un TOP et/ou un TDC afin de s'assurer qu'ils ne manifestent pas de symptômes maniaques, telles la grandiosité et l'humeur joyeuse, ce qui laisserait supposer la présence d'une MAB-J.

2.4.5.2 Distinctions entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH

Tel que mentionné dans la partie précédente, depuis un peu plus d'une décennie, quelques groupes de chercheurs s'intéressant à la MAB-J ont noté qu'un groupe de jeunes pourrait présenter un trouble des conduites dysphorique. Celui-ci présenterait certaines caractéristiques qui le distingueraient du groupe des jeunes qui présentent un TDC sans pathologie associée (TDC seul) et à ceux souffrant d'un TDC associé à un TDAH, et ce, tant aux plans individuel, familial et social. Des distinctions ont été notées au cours des recherches sur le trouble des conduites, la maladie affective bipolaire et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

Caractéristiques individuelles

De nombreuses recherches font état des troubles psychiatriques antérieurs et actuels des jeunes qui sont inclus dans leurs recherches cliniques. Il est dès lors possible de noter que les délinquants bipolaires se démarquent des jeunes qui présentent séparément un TDC, un TDAH ou une MAB en ce qui a trait au nombre d'hospitalisations et de consultations qu'ils ont vécus, quels que soient les symptômes (dysthymiques ou comportementaux) du trouble pour lesquels les services ont été demandés (Biederman et *al.*, 1997; 1999; 2003; Kovacs et Pollock, 1995), tel que précisé dans le tableau 3. De plus, il est noté que les délinquants, avec ou sans la présence de la MAB-J, présentent un nombre plus élevés de diagnostics

psychiatriques cooccurrents (incluant leur(s) trouble(s) initial(aux)) (Biederman et *al.*, 1997). Cette conclusion a été notée par plusieurs recherches s'intéressant aux jeunes bipolaires, avec ou sans trouble des conduites (Biederman et *al.*, 1996b; Tillman et *al.*, 2003). Enfin, les délinquants bipolaires affichent un plus faible résultat à l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement²⁰ lorsque ce dernier est comparé au fonctionnement global des jeunes hyperactifs (Biederman et *al.*, 1997) ou des délinquants sans pathologie associée (Biederman et *al.*, 1999).

Tableau 3. Caractéristiques psychiatriques distinctives entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.

Caractéristiques	Comparaison
Caractéristiques psychiatriques	
Nombre de troubles psychiatriques cooccurrents	MAB > TDAH (1, 2) TDC > TDAH (2) TDC + MAB > TDAH (2)
Nombre d'hospitalisations et/ou de consultations	MAB > TDAH (1) TDC + MAB > TDAH (2, 4) TDC + MAB > TDC (3)
Fonctionnement global (Axe 5)	TDAH > MAB (1, 2) TDAH > TDC + MAB (2) TDC > TDC + MAB (3)

(1) Biederman et *al.*, 1996b; (2) Biederman et *al.*, 1997; (3) Biederman et *al.*, 1999; (4) Biederman et *al.*, 2003.

En lien avec le nombre de diagnostics présentés par un même jeune, le tableau 4 illustre les troubles psychiatriques antérieurs et actuels mentionnés dans les recherches. En effet, les délinquants bipolaires sont proportionnellement plus nombreux à présenter les troubles psychiatriques cooccurrents que les jeunes avec uniquement un TDAH, un TDC ou une MAB-J. Par exemple, ils sont plus enclins à présenter un TDAH que ceux qui ont seulement un TDC (Biederman et *al.*, 1999; 2003). De plus, ils présentent beaucoup plus fréquemment un trouble oppositionnel avec provocation que les jeunes avec uniquement soit un TDAH, une MAB-J (Biederman et *al.*, 1997; 2003) ou bien un TDC (Biederman et *al.*, 1999; 2003). Ensuite, les délinquants bipolaires sont proportionnellement plus nombreux que les jeunes hyperactifs (Biederman et *al.*, 1997; 2003) et les jeunes délinquants (Biederman et *al.*, 1997; 1999; 2003) à avoir souffert d'un épisode dépressif majeur. Pour terminer, les délinquants bipolaires se distinguent aussi des jeunes délinquants

²⁰ Il s'agit d'une échelle hypothétique, variant de 0 à 100, qui évalue le fonctionnement global (psychologique, social et professionnel) de l'individu sur la base de critères objectifs et de symptômes. Il est inclus dans l'évaluation multiaxiale du DSM et son résultat est indiqué à l'axe 5 (APA, 1994).

par le nombre élevé de troubles anxieux (≥ 2) qu'ils présentent (Biederman et *al.*, 1999; 2003).

Tableau 4. Troubles psychiatriques antérieurs et actuels distinctifs entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.

Caractéristiques	Comparaison
Troubles psychiatriques antérieurs et actuels	
TDAH	TDC + MAB > TDC (3, 4)
TOP (trouble oppositionnel avec provocation)	MAB > TDAH (1, 5) TDC > TDAH (2) TDC + MAB > TDAH (2, 4) TDC + MAB > TDC (3, 4)
Dépression majeure	MAB > TDAH (1, 2, 4, 5) TDC + MAB > TDAH (2, 4) TDC + MAB > TDC (2, 3, 4)
Troubles anxieux multiples (≥ 2)	MAB > TDAH (1, 2, 4, 5) TDC + MAB > TDC (3, 4)

(1) Biederman et *al.*, 1996b; (2) Biederman et *al.*, 1997; (3) Biederman et *al.*, 1999; (4) Biederman et *al.*, 2003; (5) Faraone et *al.*, 1997a.

Le tableau 5 se veut un portrait global des troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives. Ces troubles sont présentés dans un tableau distinct des troubles psychiatriques simplement afin d'en faciliter la présentation. En lien avec l'abus d'alcool et de substances psychoactives, il est possible de noter que les jeunes bipolaires, peu importe la présence (Biederman et *al.*, 1997) ou l'absence (Faraone et *al.*, 1997b) d'un TDC, sont proportionnellement plus nombreux à présenter ce type de problématique que les jeunes hyperactifs. Pour ce qui est de la dépendance à l'alcool ou aux substances psychoactives, les délinquants sans pathologie associée et les délinquants bipolaires présentent plus fréquemment ces troubles que les jeunes hyperactifs (Biederman et *al.*, 1997; 2003). Biederman et coll. (1996b) indiquent qu'en vieillissant, les jeunes bipolaires tendent à présenter une proportion plus élevée de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives que les jeunes hyperactifs (Biederman et *al.*, 1996b). Nous l'avons déjà mentionné, cette consommation problématique d'alcool et/ou de substances psychoactives est souvent associée au TDC (AACAP, 2005; Armstrong et Costello, 2002; Connor, 2002; Crowley et Riggs, 1995; Kazdin, 1995).

Tableau 5. Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives distinctifs entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.

Caractéristiques	Comparaison
Troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives	
Alcool abus	MAB > TDAH (3) TDC + MAB > TDAH (1)
Alcool dépendance	MAB > TDAH (1, 2, 3) TDC > TDAH (1, 2) TDC + MAB > TDAH (1, 2)
Substances psychoactives abus	MAB > TDAH (3) TDC + MAB > TDAH (1)
Substances psychoactives dépendance	MAB > TDAH (3) TDC > TDAH (1, 2) TDC + MAB > TDAH (1, 2)

(1) Biederman et al., 1997; (2) Biederman et al., 2003; (3) Faraone et al., 1997a.

À l'école, les délinquants, en cooccurrence ou non avec une MAB-J, auraient plus souvent nécessité un placement en classe spéciales au cours de leur cheminement scolaire que les jeunes hyperactifs (Biederman et al., 1997). En lien avec leurs comportements antisociaux, les délinquants bipolaires se démarquent des délinquants sans pathologie associée par leur nombre élevé d'actes de vandalisme (Biederman et al., 1997; 2003). En lien avec les difficultés relationnelles, seule la recherche de Faraone et coll. (1997b) a amassé des données spécifiques s'y rapportant. Leurs résultats ont montré que les jeunes bipolaires présentent davantage de problèmes relationnels que les jeunes hyperactifs, que ce soit avec leurs pairs, leurs parents ou d'autres membres de la famille. Puisque l'évaluation du fonctionnement social constitue en fait une des trois caractéristiques évaluées par l'échelle globale de fonctionnement lors de l'évaluation psychiatrique (DSM : axe 5), cela signifie que les recherches cliniques ont reconnu l'importance de évaluer et l'ont inclut dans leurs résultats.

Tableau 6. Problématiques scolaires, comportementales et relationnelles distinctives entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.

Caractéristiques	Comparaison
Problématiques scolaires	
Nécessite placement en classe spéciale	MAB > TDAH (1,2) TDC > TDAH (2) TDC + MAB > TDAH (2)
Problématiques comportementales	
Actes de vandalisme	TDC + MAB > TDC (2)
Problématiques relationnelles	
Problèmes relationnels avec parents, membres de la famille et pairs	MAB > TDAH (3)

(1) Biederman *et al.*, 1996b; (2) Biederman *et al.*, 1997; (3) Faraone *et al.*, 1997a.

Pour faire un lien avec l'instrument utilisé dans le présent rapport, quelques résultats de recherche sur le score des jeunes à certaines échelles du CBCL ont été rapportés. Biederman *et coll.* (1999) soulignent que les délinquants bipolaires affichent un score total au CBCL qui est significativement plus élevé que les délinquants sans pathologie associée (TDC seul). Les résultats de cette recherche montrent que cette différence entre ces deux groupes (TDC vs TDC avec MAB) s'applique plus spécialement aux échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs.

Tableau 7. Caractéristiques du CBCL distinctives entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.

Caractéristiques	Comparaison
CBCL	
CBCL total	TDC + MAB > TDC (2)
Échelle anxio-dépressive	MAB > TDAH (1, 3) TDC + MAB > TDC (2)
Échelle troubles attentionnels	TDC + MAB > TDC (2)
Échelle comportements délinquants	MAB > TDAH (1, 3)
Échelle comportements agressifs	MAB > TDAH (1, 3) TDC + MAB > TDC (2)

(1) Biederman *et al.*, 1996b; (2) Biederman *et al.*, 1999; (3) Faraone *et al.*, 1997a.

Caractéristiques familiales

Outre les antécédents psychiatriques, peu d'informations sont disponibles sur les familles des jeunes et seuls les troubles les plus pertinents ont été retenus, c'est-à-dire la MAB, la dépression majeure, les troubles antisociaux (TDC et/ou trouble de la personnalité

antisociale) et les troubles liés à l'utilisation de substances présents chez l'un ou l'autre des parents, ou les deux.

Dans les familles des délinquants bipolaires, quelques recherches ont conclu qu'il y a davantage de personnes atteintes d'une MAB que dans les familles des délinquants sans pathologie associée (Biederman et al., 2003). Ensuite, la dépression majeure est en proportion plus fréquente dans les familles des jeunes bipolaires, peu importe la présence d'un TDC (Biederman et al., 1997) ou l'absence de celui-ci (Biederman et al., 1996b; 1997; Faraone, Biederman, Wozniak, Mundy, Mennin et O'Donnell, 1997a), se composent plus souvent d'au moins un membre ayant souffert d'épisodes dépressifs majeurs que les familles des jeunes hyperactifs.

Les troubles antisociaux (TDC et/ou trouble de la personnalité antisociale) seraient aussi beaucoup plus fréquemment rencontrés dans les familles des délinquants bipolaires que dans les familles des jeunes hyperactifs (Biederman et al., 1997; 2003) ou des jeunes délinquants (TDC seul) (Faraone et al., 1997a; Wozniak et al., 2001). De même, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives seraient plus nombreux dans les familles des délinquants bipolaires que dans les familles des jeunes bipolaires ou des jeunes hyperactifs (Biederman et al., 1997).

Tableau 8. Caractéristiques familiales distinctives entre le TDC sans pathologie associée, le TDC associé à une MAB et le TDC associé à un TDAH.

Caractéristiques	Comparaison
Troubles psychiatriques familiaux antérieurs et actuels	
MAB	MAB > TDAH (1, 2, 3, 4) TDC + MAB > TDAH (2, 3) TDC + MAB > TDC (3)
Dépression majeure	MAB > TDAH (1, 2, 4) TDC + MAB > TDAH (2)
Troubles antisociaux (TDC et/ou personnalité antisociale)	TDC + MAB > TDAH (2, 3) TDC + MAB > TDC (4)
Troubles reliés à la consommation de substances psychoactives	TDC + MAB > TDAH (2) TDC + MAB > TDC (2)

(1) Biederman et al., 1996b; (2) Biederman et al., 1997; (3) Biederman et al., 2003; (4) Faraone et al., 1997b.

Ces précisions se veulent des données qui permettraient de distinguer les caractéristiques individuelles, familiales, sociales et cliniques des jeunes présentant un TDC selon qu'ils ne

présentent aucune pathologie associée ou bien qu'ils souffrent d'une MAB ou un TDAH en cooccurrence à ce TDC.

2.5 Le CBCL /4-18 utilisé pour identifier la présence d'une MAB juvénile?

Le CBCL est un des instruments psychométriques les plus utilisés pour identifier la présence de différentes psychopathologies chez les jeunes (Achenbach et Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991). L'absence de standards officiels permettant l'identification de la MAB-J confirme que le diagnostic est toujours un enjeu majeur dans la clinique. Ainsi on cherche un outil qui permettrait d'identifier la présence d'une MAB-J chez les jeunes. Le CBCL est un exemple d'outil qui tente d'identifier un profil particulier que les jeunes avec une MAB-J pourraient présenter (Mick, Biederman, Pandina et Faraone, 2003). Une étude de suivi de quatre ans indique que les résultats obtenus au CBCL sont relativement stables dans le temps pour les jeunes qui souffrent d'une MAB-J (Biederman *et al.*, 1996). D'un autre côté, on reconnaît que le CBCL est moins sensible pour identifier la présence d'une MAB chez les jeunes que les instruments qui sont spécifiquement élaborés à cet effet (Youngstrom et Youngstrom, 2005), en particulier le *Young Mania Rating Scale* (YMRS de Young *et al.*, 1978). Il demeure que le CBCL serait apparu comme étant un instrument efficace pour identifier les jeunes susceptibles de présenter une MAB-J (Mick *et al.*, 2003), malgré que le risque demeure qu'elle ne soit pas détectée.

La méta-analyse de Mick et coll. (2003) regroupe toutes les principales recherches qui se sont intéressées au profil que les jeunes qui souffrent d'une MAB-J peuvent présenter au CBCL. Brièvement, les objectifs de cette méta-analyse étaient : 1) de voir si les jeunes avec une MAB-J présentaient un profil particulier au CBCL et 2) d'évaluer la capacité du CBCL à distinguer le TDAH et le TDC de la MAB juvénile.

Pour ce qui est du premier objectif, les auteurs ont constaté que les jeunes avec une MAB-J présentent une cotation anormalement élevée aux échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs, ce qui est congruent avec les recherches sur la MAB-J qui soulignent qu'elle est souvent mixte, cooccurrence avec les troubles anxieux et fréquemment manifestée par une irritabilité sévère et des comportements agressifs (ex. Biederman *et al.*, 2000; Geller et Luby, 1997; Weckerly, 2002).

Pour ce qui est du second objectif, le CBCL se serait aussi révéler un instrument qui permettrait de distinguer la MAB-J du TDAH et du TDC. En effet, les jeunes avec une MAB-J obtiendraient des résultats plus élevés à l'échelle des comportements agressifs et des résultats plus bas à l'échelle des comportements délinquants que les jeunes ayant un TDC. Pour ce qui est du TDAH, malgré sa forte cooccurrence à la MAB-J, les jeunes avec une MAB-J obtiendraient des résultats plus élevés que les jeunes avec un TDAH à l'échelle des troubles attentionnels. Une étude plus récente va jusqu'à affirmer que le CBCL serait assez sensible pour permettre de prédire la MAB-J chez les jeunes d'après leur profil au CBCL (Faraone, Althoff, Hudziak, Monuteaux et Biederman, 2005).

2.6 Problématique

Suite à la recension des écrits, il est possible de constater que plusieurs jeunes présentant un trouble des conduites souffrent aussi d'autres pathologies psychiatriques, comme le TDAH, les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et la maladie affective bipolaire. Les éditions antérieures du DSM ont distingué un TDC agressif et un TDC délinquant, mais les deux dernières éditions ont abandonné cette classification pour une nouvelle se basant sur l'âge d'apparition des symptômes. Les comportements agressifs et la forte cooccurrence du TDAH demeurent toutefois des caractéristiques du TDC à début durant l'enfance. Or, il existe un nombre significatif de délinquants qui se distinguent par leurs comportements agressifs importants.

Plusieurs études cliniques rapportent qu'une forme particulière de la maladie affective bipolaire, appelée la MAB juvénile (ou MAB-J), est rencontrée chez les enfants et les adolescents qui présentent des comportements agressifs, une irritabilité sévère et une hyperactivité importante. Puisque la présentation clinique de la MAB-J est nettement différente de la MAB typique et que sa symptomatologie s'apparente davantage à celle d'un TDAH, elle est souvent prise pour un trouble du comportement perturbateur (TDAH sévère et/ou agressif, TDC). Pour ajouter à sa complexité, la MAB-J est rarement pure et elle ne figure pas comme un trouble de l'humeur dans le DSM-IV-TR. Ainsi, à la lumière des recherches cliniques, il semblerait qu'un nombre significatif de jeunes délinquants et agressifs souffrirait d'une maladie affective bipolaire juvénile en association à un trouble

des conduites. Cette psychopathologie est souvent sous-diagnostiquée auprès de la population juvénile.

Cela dit, de nombreuses recherches cliniques réalisées auprès de jeunes présentant un TDC et/ou des comportements agressifs révèlent qu'ils répondent positivement aux stabilisateurs de l'humeur et aux antipsychotiques atypiques. Les chercheurs ont noté une diminution de l'agressivité, de l'agitation, de l'irritabilité et de l'impulsivité, ainsi qu'une augmentation de la capacité attentionnelle chez les jeunes ayant reçu la médication. Mais comment expliquer que des délinquants et/ou des jeunes agressifs connaissent une telle amélioration lorsqu'ils se voient administrés de la médication généralement indiquée pour traiter les personnes présentant un trouble de l'humeur ou des comportements agressifs associés à un trouble de l'humeur?

Donc, d'un côté, il est reconnu que la MAB-J est difficile à identifier et qu'elle est souvent rencontrée chez les jeunes ayant un trouble des conduites et, d'un autre côté, il est noté que les délinquants manifestant des comportements agressifs bénéficient d'un traitement pharmacologique reposant sur les stabilisateurs de l'humeur et les antipsychotiques atypiques. Dès lors, serait-il possible qu'un groupe d'adolescents délinquants et agressifs, manifestant aussi de l'impulsivité, de l'irritabilité et de l'hyperactivité, présentent une MAB-J en association à un TDC, appelé *TDC dysphorique*?

Sur la base des résultats de Mick et coll. (2003), le *Child Behavior Checklist/4-18* (CBCL/4-18) d'Achenbach paraît pouvoir être utilisé avec une certaine efficacité pour identifier la présence de la MAB-J. Puisque les auteurs ont conclu que les jeunes susceptibles de présenter une MAB-J affichent des résultats anormalement élevés aux échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs, nous nous proposons d'utiliser cet outil pour nous aider à identifier la présence de la MAB-J chez un échantillon de 106 adolescents pris en charge au Programme des adolescents à l'Institut-Philippe-Pinel de Montréal entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2005, pour avoir commis un délit violent envers les personnes.

2.7 Objectifs de la recherche actuelle

Objectifs généraux

Dans le cadre de la présente étude, nous évaluons la prévalence de la maladie affective bipolaire typique (MAB), diagnostiquée à partir des critères du DSM-IV, et de la maladie affective atypique (MAB-J), identifiée à partir d'un résultat significatif à trois échelles de comportements du CBCL, chez un échantillon d'adolescents présentant un TDC admis en évaluation à l'IPPM. Se faisant, nous évaluons aussi la possibilité qu'un type de trouble des conduites caractérisé par de l'irritabilité, de l'impulsivité et de l'agressivité, puisse être relié à l'émergence d'une maladie affective bipolaire typique ou atypique chez les jeunes. Celui-ci étant identifié comme étant le trouble des conduites dysphorique.

Objectifs spécifiques

- 1) comparer les caractéristiques des jeunes dont le type de TDC est identifié à partir de son/ses diagnostic(s) officiel(s)²¹ obtenus sur la base du DSM-IV aux jeunes dont le type de TDC est identifié sur la base des résultats aux trois échelles du CBCL²²;
- 2) comparer les caractéristiques des adolescents qui présentent un trouble des conduites et une maladie affective bipolaire officielle (TDC avec MAB) aux adolescents qui présentent un trouble des conduites et une maladie affective bipolaire juvénile potentielle (TDC avec MAB-J);
- 3) comparer ces caractéristiques à celles identifiées dans les recherches cliniques citées dans la recension des écrits.

²¹ Sur la base du DSM-IV, les types de TDC sont appelés le « TDC sans pathologie associée », le « TDC avec TDAH » et le « TDC avec MAB ».

²² Sur la base des résultats obtenus aux trois échelles du CBCL, les types de TDC sont appelés le « TDC délinquant », le « TDC avec symptômes du TDAH » et le « TDC avec MAB-J ». En termes de pathologies rencontrées, voici l'équivalence entre les types de TDC : le « TDC délinquant » du CBCL est comparable au « TDC sans pathologie associée » du DSM-IV; le « TDC avec symptômes du TDAH » du CBCL est comparable au « TDC avec TDAH » du DSM; le « TDC avec MAB-J » du CBCL est comparable au « TDC avec MAB du DSM-IV ».

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Dans ce chapitre, l'échantillon d'adolescents inclus dans la recherche actuelle et les procédures suivies afin de les sélectionner seront d'abord présentés. Ensuite, les variables incluses dans la grille de cotation utilisée pour colliger les données étudiées seront décrites par catégories, telles qu'elles seront utilisées dans le dernier chapitre qui présente les résultats de l'étude. Pour terminer, les procédures de cotation des trois échelles de comportements du CBCL retenus aux fins de notre étude, des accords inter-juges, et d'analyses seront précisées et les limites de la recherche seront abordées de manière détaillée.

3.1 Échantillon

Les adolescents qui forment l'échantillon de cette étude rétrospective sont ceux admis dans le programme des adolescents de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) entre le 1^{er} janvier 1998 et le 31 décembre 2005 inclusivement ayant reçu un diagnostic de troubles des conduites. Au cours de cette période de huit ans, 218 adolescents ont été admis en évaluation, pour une moyenne de 27 par année. Deux dossiers ont été retirés de l'étude sans avoir été cotés: pour l'un le dossier médical était introuvable tandis que, pour l'autre, l'évaluation n'a pas été possible car il n'est resté qu'une journée à l'IPPM. Puisque la présente étude traite du trouble des conduites, seuls les adolescents ayant reçu ce diagnostic suite à leur période d'évaluation²³ ont été inclus dans l'échantillon.

Afin d'éliminer certaines problématiques qui auraient pu biaiser les résultats de l'étude, quelques critères d'exclusions ont été retenus. Ceux-ci sont la déficience intellectuelle (QI global < 70), un trouble envahissant du développement (TED), la présence d'épilepsie ou de toute autre atteinte médicale ou neurologique majeure (ex. un traumatisme crânio-cérébral (TCC) avec perte de conscience/amnésie, une organicité cérébrale, un trouble de la fonction thyroïdienne, une anomalie chromosomique XYY). Il est reconnu que ces affections peuvent altérer le contrôle des impulsions, l'inhibition, le niveau d'activité

²³ En général, cette période d'évaluation est d'une durée approximative de 60 jours.

(hyper/hypo activité), ainsi que le niveau et/ou le contrôle de l'agressivité. Ces affections ont déjà été considérées comme diagnostics différentiels dans le DSM par l'APA (2000) et comme critères d'exclusion dans la recherche clinique de Tillman et coll. (2005) sur la MAB-J chez les enfants et les adolescents. Donc, ces manifestations pourraient être confondues avec des symptômes du TDC et de la MAB-J. Cette opération a conduit à exclure 110 adolescents de notre échantillon.

Au terme de la procédure de sélection l'échantillon total de cette étude est donc de 106 adolescents présentant un diagnostic de trouble des conduites (N = 106).

3.2 Procédures

Tout d'abord, il importe de mentionner que les normes de confidentialités des renseignements personnels ont été respectées dans cette étude. Un code, dont la correspondance avec les données originales est demeurée sous clé, a été attribué à chacun des adolescents. Seul ce code a été utilisé lors du traitement et de l'analyse des données. Aucune des variables soumises aux analyses n'était de nature à permettre l'identification nominative d'un adolescent.

Puisqu'il s'agit d'une étude rétrospective, les données ont été recueillies dans les dossiers fermés conservés aux archives de l'IPPM. Les données colligées concernent seulement la durée d'évaluation des jeunes admis à l'IPPM durant la période couverte par l'étude. Pour les adolescents qui ont ensuite été admis en traitement à l'unité, la date du premier rapport psychiatrique remis au Tribunal a indiqué la fin de la période d'évaluation.

Finalement, c'est à partir du logiciel d'analyses statistiques SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 11.0 que les variables ont été traitées et analysées.

3.3 Élaboration de la grille de cotation

Tel que souligné précédemment, les recherches tendent à soulever des hypothèses de nature tant contextuelles (sociales) que familiales (génétiques) pour expliquer la présence d'un TDC et/ou d'autres troubles psychiatriques (ex. TDAH, TOP, MAB). Tenant compte de

cela, les variables choisies pour constituer la grille de cotation visaient à bien cerner la situation passée et présente de l'adolescent. Diverses catégories de variables ont été constituées, et ce, avec l'objectif d'avoir un portrait le plus complet possible de la situation de chaque adolescent. Après avoir formulé quelques recommandations, la version finale de la grille de cotation a été approuvée par Dr. Éric Fombonne qui a agi à titre de consultant pour cette recherche.

3.3.1 Les catégories de variables

Les catégories de variables retenues pour l'élaboration de la grille de cotation sont les suivantes.

3.3.1.1 Les antécédents légaux

La catégorie des antécédents légaux contient les informations minimales sur la situation de l'adolescent en regard de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ), la *Loi sur les jeunes contrevenants* (LJC) et la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA). Elle inclut aussi une partie sur les antécédents de délinquance non-officiellement connus. Les dossiers des centres jeunesse (surtout LPJ lors d'un signalement pour trouble de comportement) et les rapports d'évaluation de l'IPPM (informations auto-révélees ou révélées par les parents, qui ont bien souvent été contactés) fournissent de nombreuses informations à cet effet. Pour la section LPJ, des données relatives au signalement ont été recueillies, en particulier l'âge auquel le signalement est survenu, la nature du signalement et la mesure prise.

Pour la section LJC ou LSJPA, les délits concernant les antécédents officiels et l'accusation actuelle à l'admission à l'IPPM ont été notés. Les types de délits ont été regroupés comme suit : violence verbale, violence physique (envers une personne, en autorité ou non), planifiée/proactive ou non-planifiée/réactive, agressivité envers les objets, infractions relatives aux stupéfiants, infractions relatives à une conduite sexuelle inadéquate. Les peines imposées par le tribunal (probation, mise sous garde ouverte ou fermée) et leur durée ont été simplifiées.

Pour la section des antécédents de délinquance non-officiellement connus, les mêmes catégories de comportements délinquants ont été retenues, mais une catégorie cruauté

envers les animaux a été ajoutée. La particularité de cette section est qu'elle est abordée de manière chronologique en tenant compte de la logique du TDC, c'est-à-dire que, pour chacune des catégories de comportements délinquants, l'âge auquel il est survenu a été considéré. Plus précisément, la présence ou l'absence de ces comportements durant l'enfance (entre 5 et 12 ans) et durant l'adolescence (à partir de 12 ans) a été cotée « oui » ou « non ».

3.3.1.2 Les données familiales

Les données familiales concernent la constitution de la cellule familiale : parents séparés ou non, ainsi que les relations entre l'adolescent et ses parents et avec sa fratrie (maintenues ou non; harmonieuses ou non). De plus, le relevé de quelques caractéristiques parentales, telles la présence de certaines problématiques particulières les affectant (alcoolisme, toxicomanie, tentative de suicide, suicide, antécédents criminels et psychiatriques) ont été notées.

Ces données étaient disponibles dans les dossiers des centres jeunesse, dans les comptes-rendus des consultations psychiatriques antérieures et dans les rapports d'évaluation de l'IPPM (sur la base d'informations révélées par l'adolescent ou par les parents). Toutefois, il est important de noter que les caractéristiques des parents sont issues du dossier de l'adolescent, elles sont donc des informations plus ou moins discutables puisqu'elles ne sont peut-être pas toutes exactes et que la liste n'en est probablement pas exhaustive. Selon la présence ou l'absence de la révélation de ces caractéristiques parentales, celles-ci étaient cotées « oui » ou « non », alors que pour le diagnostic psychiatrique des parents apparaissant dans les rapports des experts il s'agissait de coter « oui » ou « non » parmi ceux qui étaient indiqués (maladie affective bipolaire, dépression, autre trouble de l'humeur, schizophrénie, autre trouble ou inconnu).

3.3.1.3 Les données relationnelles et sociales

La catégorie des données relationnelles et sociales permet de qualifier les interactions de l'adolescent avec ses pairs et les figures d'autorité, à l'IPPM, ainsi qu'avec les pairs délinquants, avant l'admission. Au cours de l'évaluation, l'attitude et le comportement de l'adolescent dans le groupe, avec ses pairs et les intervenants, a été coté à partir de toutes les notes d'observations du personnel. Ainsi, il est permis de déterminer si l'adolescent est

adéquat, retiré (isolé/solitaire), rejeté ou conflictuel (provocateur) avec les gens qui l'entourent.

Pour ce qui est des pairs délinquants, les dossiers des centres jeunesse (signalement ou rapport prédécisionnel, en particulier) et les informations données par l'adolescent permettent de d'entrevoir s'il fréquente des pairs délinquants, s'il a commis des délits avec eux et s'il fait parti d'un gang structuré. Selon la présence ou l'absence de ces caractéristiques relationnelles, celles-ci étaient cotées « oui » ou « non ».

3.3.1.4 Les données relatives au fonctionnement scolaire

Les variables relatives au fonctionnement scolaire concernent le niveau et les aptitudes académiques, les services reçus, ainsi que le comportement en milieu scolaire. L'évaluation scolaire permet de constater les acquis des adolescents dans les trois matières principales que sont le français, les mathématiques et l'anglais, conduisant à déterminer à quel niveau scolaire du primaire ou du secondaire ils se situent. Elle permet aussi de connaître si l'adolescent a déjà reçu des services à l'école, a fréquenté des classes spéciales, a éprouvé des difficultés d'apprentissage, ou si, finalement, il aurait décroché de l'école. Selon la présence ou l'absence de ces caractéristiques relatives au fonctionnement scolaire, ces dernières étaient cotées « oui » ou « non ». Encore une fois, les dossiers des centres jeunesse (surtout LPJ lors d'un signalement pour trouble de comportement) et les rapports d'évaluation de l'IPPM (informations auto-révélees ou révélée par les parents) fournissent suffisamment d'informations pour permettre de qualifier le fonctionnement scolaire du jeune.

3.3.1.5 Les données relatives à la consommation d'alcool et de substances psychoactives

Les variables se rapportant à la consommation d'alcool et de cannabis dressent un portrait assez précis de la consommation de l'adolescent et ses problématiques associées (abus et dépendance) diagnostiquées à l'IPPM, ainsi que de l'âge du début de la consommation problématique.

3.3.1.6 Les données relatives aux traits de personnalité pathologiques

Les variables contenues dans cette section du questionnaire indiquent les « traits » de personnalité problématiques de l'adolescent (i.e. les possibles « troubles » de personnalité en émergence) diagnostiqués suite à l'évaluation psychiatrique réalisée à l'IPPM.

3.3.1.7 Les données relatives au trouble des conduites

Les variables ayant trait au trouble des conduites permettent d'en préciser les principales caractéristiques, telles la précocité (avant ou après 10 ans), la sévérité (léger, modéré, grave) et les symptômes y étant associés telles qu'évaluées à l'IPPM. Selon la présence ou l'absence de ces éléments, ceux-ci étaient cotés « oui » ou « non ».

3.3.1.8 Les données relatives aux antécédents psychiatriques

Les données relatives aux antécédents psychiatriques qui ont été colligées permettent de faire un bilan des diagnostics de troubles psychiatriques posés pour l'adolescent (ex. dépression majeure, manie/hypomanie, TOP, TDAH) et des traitements reçus. Il explore la présentation de la MAB-J à partir des trois échelles du CBCL concernant l'adolescent en évaluation. Il est ici question de l'échelle anxio-dépressive, l'échelle des troubles attentionnels et l'échelle des comportements agressifs. Enfin, une section fait part des idées suicidaires et des tentatives de suicide commises par l'adolescent, tandis qu'une autre mentionne le traitement médicamenteux prescrit au terme de la période d'évaluation.

3.3.1.9 Les comportements désorganisés ou agressifs à l'IPPM

Des données concernant les comportements désorganisés ou agressifs manifestés par l'adolescent en évaluation sont colligées à l'IPPM et nous avons noté si l'adolescent demeure en traitement après la période d'évaluation. Concernant les informations sur l'agressivité et les comportements problématiques de l'adolescent, les notes d'observation des intervenants et les prescriptions médicales permettent d'avoir une idée assez précise de la situation et des mesures de contrôle et/ou de protection ayant dû être prises pour mettre fin à la désorganisation sévère de l'adolescent (ex. isolement, mesure de contention). Seules les situations sévères, nécessitant un mise en isolement et de contention ont été retenues. Selon la présence ou l'absence de ces mesures visant la gestion de comportements désorganisés et/ou agressifs, ces dernières étaient cotées « oui » ou « non ».

3.3.2 *Cotation des symptômes du trouble des conduites*

Quelques précisions doivent être faites quant à la façon de coter les symptômes du TDC. Tout d'abord, il importe de mentionner que, peu importe l'année où le diagnostic a été posé, les symptômes considérés dans la collecte de données sont ceux du DSM-IV (1994). Ces symptômes ont été marqués comme « absents : 0 » ou « présents : 1 » selon que l'adolescent les ait présentés ou non au cours de la dernière année avant son admission à l'IPPM, s'agissant tant de sa délinquance officielle que non-officielle. Une fois chacun de ces symptômes cotés, les scores ont été additionnés, ce qui a permis d'obtenir un score total des symptômes du TDC sur 15. Ce total donne simplement un aperçu du nombre de symptômes du TDC présentés au cours de l'année précédant l'admission à l'IPPM.

Dans le DSM-IV, le type de TDC est relié à l'âge auquel le jeune manifeste le premier symptôme du TDC. Le type de TDC à début pendant l'enfance est caractérisé par la présence d'au moins un symptôme avant l'âge de 10 ans, alors que le type de TDC à début pendant l'adolescence est associé à l'absence de tout symptôme avant l'âge de 10 ans. Ainsi, l'âge du début du TDC a été évalué à partir du moment où le jeune a commis ses premiers actes agressifs / antisociaux l'ayant conduit à des consultations auprès des professionnels.

La sévérité du TDC est établie sur la base du nombre de problèmes de conduite (symptômes) et sur le dommage causé à autrui. Trois types de TDC sont ainsi distingués: léger, modéré et sévère. Le TDC léger est caractérisé par un nombre de symptômes avoisinant celui nécessaire au diagnostic de TDC et par le fait que les symptômes manifestés causent peu de mal à autrui. Le TDC sévère est caractérisé par des symptômes plus nombreux que ceux requis pour diagnostiquer le TDC ou par le fait que les symptômes manifestés causent un dommage considérable à autrui. Le TDC modéré est pour sa part une catégorie intermédiaire se situant entre le TDC léger et le TDC sévère pour ce qui est du nombre de symptômes répertoriés et de la sévérité du dommage causé à autrui.

Ces précisions étant faites, tous les jeunes retenus aux fins de notre étude présentent un TDC (il s'agit d'un critère d'inclusion), mais certains d'entre eux avaient déjà reçu ce diagnostic avant leur admission à l'IPPM (dans le cadre d'une consultation médicale antérieure en centre hospitalier ou d'une évaluation en centre jeunesse). Pour d'autres, le

diagnostic a été posé pour la première fois à l'IPPM. « L'âge au moment du diagnostic de TDC », dans le cadre de notre étude, est l'âge le plus précoce auquel un diagnostic officiel de TDC a été posé. Puisque la sévérité du TDC n'était pas toujours indiquée dans les dossiers antérieurs, c'est la sévérité du TDC diagnostiqué à l'IPPM qui a été retenue.

Le tableau 9 résume les symptômes du trouble des conduites qu'un jeune est susceptible de présenter en vertu des critères diagnostiques du DSM-IV.

Tableau 9. Les symptômes du trouble des conduites selon le DSM-IV.

TROUBLE DES CONDUITES
Agressions envers des personnes ou des animaux
Brutalise, menace/intimide souvent d'autres personnes Commence souvent les bagarres A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (ex. bâton, brique, bouteille cassée, couteau, arme à feu) A fait preuve de cruauté physique envers des personnes A fait preuve de cruauté physique envers des animaux A commis un vol en affrontant la victime (ex. agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée) A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles
Destruction de biens matériels
A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)
Fraude ou vol
A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (ex. « arnaque » les autres) A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon)
Violation grave de règles établies
Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période) Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
Nombre de symptômes du TDC : (Total : /15)

3.3.3 La cotation des échelles du CBCL utilisées dans le rapport de stage

Dans le rapport de stage actuel, différents types de TDC pourraient être identifiés à partir l'instrument psychométrique qu'est le CBCL qui sera maintenant présenté.

3.3.3.1 Description du CBCL /4-18

Le *Child Behavior Checklist for Ages 4-18* d'Achenbach (1991) est la version révisée du CBCL/4-16 élaboré initialement par Achenbach et Edelbrock en 1983. Il existe des

versions validées de l'instrument pour le parent ou le tuteur (*Child Behavior Checklist (CBCL)*), l'enfant ou l'adolescent (*Youth Self-Report (YSR)*) et l'enseignant (*Teacher's Report Form (TRF)*). Le CBCL/4-18 est conçu pour identifier, de manière standardisée et à partir des perceptions d'un adulte qui connaît bien le jeune, les symptômes de diverses psychopathologies pouvant apparaître entre les âges de 4 et 18 ans (Achenbach, 1991).

Le CBCL peut être utilisé tant pour des visées de recherche que de clinique. Il a été élaboré auprès des parents d'une population référée en consultation (N = 2 300) et auprès des parents d'une population non-référée (N = 1 300) selon l'âge (4 à 11 ans ou 12 à 18 ans) et le sexe. Il est un des instruments les plus utilisés pour mesurer la psychopathologie (Achenbach et Edelbrock, 1983; Achenbach 1991; Mick et *al.*, 2003). Il possède d'excellentes propriétés psychométriques, sa fiabilité et sa validité ayant été reconnues tant auprès de populations cliniques qu'externes (Achenbach, 1991; Mick et *al.*, 2003). Une version du CBCL/4-18 a été validée en français par le Dr Fombonne en 1997 et a été utilisée dans cette recherche.

Le CBCL est formé de deux sections. La première regroupe les items « compétence » (activités et aspects sociaux et scolaires), alors que la seconde réunit les items « problèmes » (comportements). Certains énoncés demandent une courte description des comportements problématiques. Pour le présent rapport, c'est la seconde section qui est utilisée. Les items du CBCL se répartissent dans huit échelles, dont cinq peuvent être regroupées en deux syndromes qui représentent les comportements intériorisés (échelles 1-2-3) et extériorisés (échelles 7-8).

Tableau 10. Les huit échelles des comportements constituant le CBCL 4-18.

Échelle	Nom de l'échelle	Nombre d'items inclus dans l'échelle	Résultat maximal possible à l'échelle
1	Isolement, retrait social	9 items	18
2	Plaintes somatiques	9 items	18
3	Anxio-dépressive	14 items	28
4	Problèmes sociaux	8 items	16
5	Troubles de la pensée	7 items	14
6	Troubles attentionnels	11 items	22
7	Comportements délinquants	13 items	26
8	Comportements agressifs	20 items	40
9*	Problèmes sexuels	6 items	12
« autre »	Autres problèmes	33 items	66

*Cette échelle est particulière, car elle n'est présente que dans le CBCL (version parentale) et non dans les versions YSR et TRF.

Au total, l'instrument est formé de 113 énoncés (items) qui doivent être cotés 0, 1 ou 2 à partir des critères suivants :

- 0- l'énoncé s'applique très rarement ou est faux pour le jeune
- 1- l'énoncé s'applique occasionnellement ou est quelques fois vrai pour le jeune
- 2- l'énoncé s'applique tout-à-fait ou est souvent vrai pour le jeune

Selon Achenbach, il est généralement plus facile pour les cliniciens de coter de cette façon que de coter « absence/faux » ou « présence/vrai » (Achenbach, 1991 : p. 14). Chacun des énoncés, coté entre zéro et deux, est additionné aux autres qui lui sont liés dans la formation de chacune des échelles (voir tableau 10 : résultat maximal), ainsi que pour les comportements intériorisés, les comportements extériorisés et le CBCL total (addition des résultats de toutes les échelles). Pour déterminer le seuil critique d'une échelle, Achenbach a transformé les résultats bruts en « T score » et en rangs percentiles. L'auteur précise qu'un *score T* supérieur à 70, identifié comme étant le seuil clinique, indique une perturbation sévère (percentile 98), alors qu'un résultat supérieur à 65 à une échelle indique un résultat limite (percentile 95). D'autres chercheurs ont souligné qu'un *score T* plus élevé que 60 indique aussi une psychopathologie cliniquement significative (Chen, Faraone, Biederman et Tsuang, 1994) (percentile 84). Dans le présent rapport, c'est le seuil $T > 60$ qui est retenu comme l'indicateur d'un résultat problématique à une échelle.

3.3.3.2 L'utilisation du CBCL pour identifier la MAB-J

Selon Mick et coll. (2003), le CBCL/4-18 d'Achenbach (1991) (version parentale) permet d'identifier la présence de la MAB-J chez les jeunes à partir d'un profil caractérisé par des résultats significatifs aux échelles anxio-dépressive (échelle 3), troubles attentionnels (échelle 6) et comportements agressifs (échelle 8). Afin de respecter la consigne d'Achenbach quant à la durée des comportements problématiques pour identifier une MAB-J (deux derniers mois), les données relatives aux trois échelles de comportements ont été recueillies tout au long de la période d'évaluation du jeune à l'IPPM (environ 60 jours). Ces données ont été colligées à partir des notes d'observations quotidiennes de l'équipe traitante, du rapport psychologique et du rapport psychiatrique correspondant à cette période d'évaluation.

Une précision importante s'impose quant à deux items de l'échelle des comportements agressifs, soit « désobéit à la maison » et « désobéit à l'école ». En fait, il s'est avéré

impossible de coter la désobéissance à la maison, car tous les adolescents étaient placés à l'IPPM au moment de la collecte de données. L'item a été retiré.

Pour ce qui est de la désobéissance à l'école, il n'aurait été possible de la coter que pour une partie des jeunes. Certains ont été admis à l'IPPM en début de période estivale et ont quitté à la fin; ils n'ont donc pas eu d'évaluation scolaire. Puisque ce ne sont pas tous les jeunes qui pouvaient être cotés sur ce comportement, il a lui aussi été retiré. L'échelle des comportements agressifs est ainsi réduite à dix-huit items.

Par ailleurs, puisqu'il aurait été difficile de coter une intensité de symptômes (i.e. : 0-1-2) à partir de dossiers médicaux, la cotation utilisée pour cette recherche a été simplifiée. Elle se présente pour nous comme suit : 0 pour « absence » et 1 pour « présence » du comportement, et ce, malgré les considérations émises par Achenbach à ce sujet.

Le tableau 11 indique les items inclus dans les trois échelles du CBCL retenues aux fins de l'étude (échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs d'Achenbach, 1991).

Puisqu'il s'agit d'échelles qui indiquent l'importance de comportements pathologiques et que c'est à partir de ces comportements que les types de TDC (groupes de délinquants) ont été identifiés dans le présent rapport, il était essentiel de s'assurer que l'identification de ceux-ci était fidèle et valide avant de les inclure dans les échelles. Pour ce faire, une procédure d'accords inter-juges a été réalisée sur atour des comportements inclus dans les trois échelles.

Tableau 11. Échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs du CBCL 4/18 (Achenbach, 1991).

ÉCHELLE 3 « ANXIO-DÉPRESSIVE »
Se plaint de se sentir seul (item 12) Pleure beaucoup (item 14) A peur d'avoir des pensées / comportements répréhensibles (item 31) A l'impression de devoir être parfait (item 32) A l'impression que personne ne l'aime (item 33) A l'impression / se plaint que les autres « veulent sa peau » (item 34) Se sent inférieur ou dévalorisé (item 35) Est une personne nerveuse ou tendue (item 45) Est une personne trop craintive ou trop anxieuse (item 50) Se sent trop coupable (item 52) Est facilement gêné ou embarrassé (item 71) Est méfiant (item 89) Est une personne malheureuse, triste ou déprimée (item 103) Est une personne inquiète (item 112)
Nombre de comportements à l'échelle « anxio-dépressive » : score /14
ÉCHELLE 6 « TROUBLES ATTENTIONNELS »
A un comportement trop jeune pour son âge (item 1) Est incapable de se concentrer ou de porter son attention de façon soutenue (item 8) A de la difficulté à demeurer tranquillement assis, est agité ou a un comportement hyperactif (item 10) Est confus ou semble perdu dans la brume (item 13) Rêvasse ou est souvent dans la lune (item 17) Agit sans réfléchir ou impulsivement (item 41) Est une personne nerveuse ou tendue (item 45) A des gestes nerveux ou convulsifs, des tics (item 46) Son travail scolaire est de piètre qualité (item 61) A des gestes mal coordonnés ou est maladroit (item 62) A l'air hagard (le regard vide) (item 80)
Nombre de comportements à l'échelle « troubles d'attention » : score /11
ÉCHELLE 9 « COMPORTEMENTS AGRESSIFS »
Est souvent en désaccord (item 3) Se vante (item 7) Se comporte cruellement ou méchamment envers les autres, brime ou harcèle les autres (item 16) Exige beaucoup d'attention (item 19) Détruit les choses qui lui appartiennent (item 20) Détruit des choses qui appartiennent à la famille ou aux autres (item 21) Désobéit à la maison (item 22)* Désobéit à l'école (item 23)* Est facilement en proie à la jalousie (item 27) Se bagarre souvent (item 37) Agresses physiquement les gens (item 57) Crie beaucoup (item 68) Essaie d'impressionner les gens, fait le « clown » (item 74) Est têtu, maussade ou irritable (item 86) Change d'humeur soudainement (item 87) Parle trop (item 93) Embête les autres ou les taquine de façon excessive (item 94) Fait des crises de colère (item 95) Fait des menaces aux gens (item 97) Est particulièrement bruyant (item 104)
Nombre de comportements à l'échelle « comportements agressifs » : score /18

**comportements retirés de l'échelle, ce qui explique que le total soit sur 18.*

3.3.4 L'accord inter-juges

Un accord inter-juges a été calculé pour environ 20% des dossiers, c'est-à-dire pour 20 dossiers médicaux archivés et a été réalisé avec l'aide d'une étudiante au doctorat en psychologie qui travaillait au centre de recherche de l'IPPM. Puisque les premières sections de la collecte de données colligent des informations factuelles qui n'appellent pas d'interprétation, ces sections n'ont pas été soumises à l'accord inter-juges. Seules les sections relatives aux trois échelles du CBCL ont été soumises à cet exercice.

Tableau 12. Présentation des comportements ayant un Kappa de Cohen supérieur ou égal à 0,61 aux échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs du CBCL.

Comportements	Kappa de Cohen	Nombre de désaccords entre les juges (/20)
ÉCHELLE 3 « ANXIO-DÉPRESSIVE »		
Pleure beaucoup	0,61	2
A peur d'avoir des pensées/ comportements répréhensibles	0,77	1
Se sent inférieur ou dévalorisé	0,71	3
Est une personne nerveuse ou tendue	0,63	3
Se sent trop coupable	1	0
Est facilement gêné ou embarrassé	1	0
Est méfiant	0,74	2
ÉCHELLE 6 « TROUBLES ATTENTIONNELS »		
A un comportement trop jeune pour son âge	0,71	3
Est incapable de se concentrer ou de porter son attention de façon soutenue	0,83	1
A de la difficulté à demeurer tranquillement assis, est agité ou a un comportement hyperactif	0,61	4
Est confus ou semble perdu dans la brume	0,69	2
Rêvasse ou est souvent dans la lune	0,73	2
Agit sans réfléchir ou impulsivement	0,63	3
Est une personne nerveuse ou tendue	0,77	2
A des gestes mal coordonnés ou est maladroit	0,86	1
A l'air hagard (le regard vide)	0,61	2
ÉCHELLE 9 « COMPORTEMENTS AGRESSIFS »		
Est souvent en désaccord	0,86	1
Se vante	0,88	1
Exige beaucoup d'attention	0,66	3
Détruit des choses qui appartiennent à la famille ou aux autres	0,88	1
Est facilement en proie à la jalousie	1	0
Crie beaucoup	0,89	1
Essaie d'impressionner les gens, fait le « clown »	0,70	3
Est têtu, maussade ou irritable	0,89	1
Parle trop	0,77	2
Fait des crises de colère	0,69	3
Fait des menaces aux gens	0,69	3
Est particulièrement bruyant	0,79	2

Pour procéder à cet accord inter-juges, le coefficient retenu est le Kappa de Cohen et seuls les accords ayant obtenus un coefficient supérieur ou égal à 0,61, considérés comme « très bons » par Landis et Koch (1977), ont été mentionnés dans le tableau 12. Malgré que 20% des dossiers aient été inclus dans les accords inter-juges, le nombre de dossiers n'est pas très élevé ce qui fait qu'un seul désaccord entre les juges peut faire varier énormément les Kappas. Malgré cela, le seuil minimal de 0,61 a été maintenu.

Le tableau 12 présente une synthèse illustrant les seuils de signification des trois échelles du CBCL utilisées dans l'identification des types de TDC rencontrés chez les adolescents de l'échantillon. La cotation différente, partant d'une variable continue (0-1-2) à une variable dichotomique (0-1), permet d'avoir un portrait des comportements des adolescents selon leur présence ou leur absence. Pour établir le seuil de signification final, le nombre de comportements présents aux trois échelles du CBCL a été retenu. C'est ainsi qu'a été établi le nombre de comportements requis pour obtenir un point de coupure pour chacune des trois échelles à partir duquel on juge que le jeune présente ou non un trouble d'attention, un sentiment anxio-dépressif ou un comportement agressif. Ces nombres n'étant pas entiers, ils ont tous été arrondis au nombre entier supérieur. L'idée générale étant que, par exemple, si plus de deux comportements (2,45/9) sont requis pour que l'échelle des troubles d'attention atteigne un seuil significatif, on retient comme seuil significatif 3 comportements sur 9 possibles. Le seuil de signification est établi par la présence de 2 comportements sur 7 pour l'échelle « anxio-dépressive » et à 4 sur 12 dans le cas de l'échelle des « comportements agressifs ».

Tableau 13. Seuils significatifs finaux pour la cotation des trois échelles de comportements du CBCL.

	Seuil significatif des échelles du CBCL Score T > 60 (Chen <i>et al.</i> , 1994) Cotation		Nombre de comportements aux échelles avec <i>Kappa de Cohen</i> ≥ 0,61		Seuil significatif FINAL des échelles
	0-1-2 (Achenbach)	0-1 (actuel)	Nombre total de comportements	Nombre de comportements requis : seuil significatif selon la cotation du rapport actuel	
<i>Anxio-dépressive</i>	6/28	3/14	7	1,5/7	2/7
<i>Troubles attentionnels</i>	6/22	3/11	9	2,45/9	3/9
<i>Comportements agressifs*</i>	13/40	6,5/20 = 5,85/18	12	3,9/12	4/12

*échelle sur 18, en tenant compte des deux items retirés.

Pour terminer, en éliminant les comportements donnant lieu à un Kappa de Cohen inférieur à 0,61, des alphas de Cronbach ont été calculés afin d'établir la relation inter-item. Pour l'échelle anxio-dépressive, l'alpha passe de 0,69 à 0,42 (de quatorze à sept items); tandis que pour l'échelle des troubles attentionnels l'alpha a été assez stable passant de 0,61 à 0,59 (de onze à neuf items). Il en va de même pour l'alpha de l'échelle des comportements agressifs qui passe de 0,93 à 0,90 (de dix-huit à douze items).

On constate que les alphas de Cronbach ont diminués. La raison en est que les items conservés pour constituer ces échelles sont ceux qui obtenaient un kappa de Cohen supérieur ou égal à 0,61 et non ceux qui présentaient une forte corrélation avec l'échelle. Le principe derrière cette décision fût qu'Achenbach a déjà reconnu la fidélité, la fiabilité et la validité des échelles de comportements constituant le CBCL au moment de la validation de son instrument. Dans la recherche actuelle, en conservant seulement les variables donnant lieu à de « très bons » kappa de Cohen, nous nous assurons que les comportements retenus à chacune des échelles sont ceux qui font les moins l'objet de désaccord au moment de la cotation. Ainsi, les échelles, sont formés de comportements sur lesquels il paraît exister bien peu de doute quant à leur présence ou leur absence, qu'elle que soit celui qui en juge.

3.4 L'identification des types de TDC sur la base du DSM-IV et du CBCL

La présente section consiste simplement à présenter les groupes d'adolescents qui seront comparés entre eux. En fait, trois types de TDC sont identifiés sur la base de diagnostics officiels (DSM-IV) et trois autres types de TDC sont identifiés sur la base des résultats obtenus aux échelles du CBCL (échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs).

3.4.1 L'identification des types de TDC sur la base du DSM-IV

Le TDC avec MAB regroupe les jeunes qui ont un diagnostic actuel ou antérieur de maladie affective bipolaire ($n = 6$). Ceux-ci sont aussi appelés délinquants bipolaires.

Le TDC avec TDAH regroupe les jeunes qui ont un diagnostic actuel de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ($n = 40$). Ils sont aussi appelés délinquants hyperactifs.

Le TDC délinquant regroupe les jeunes qui ne présentent pas un TDAH ou une maladie affective bipolaire ($n = 60$) aussi appelés délinquants sans pathologie associée.

3.4.2 L'identification des types de TDC sur la base du CBCL

Le TDC avec MAB-J (potentielle) regroupe les jeunes qui ont obtenu un score significatif aux trois échelles du CBCL, signalant ainsi la présence des symptômes de la MAB-J ($n = 20$).

Le TDC avec symptômes du TDAH regroupe les jeunes qui ont obtenu un score significatif à l'échelle trouble attentionnel et qui présentent le symptôme « est incapable de se concentrer ou de porter son attention de façon soutenue » ($n = 40$).

Le TDC délinquant regroupe tous les autres jeunes qui ne répondent pas aux critères des types de TDC identifiés ci-dessus ($n = 46$).

3.5 L'analyse des données

Toutes les analyses de cette recherche ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 11.0. Tout d'abord, des analyses descriptives, principalement des fréquences et des moyennes, ont été complétées afin de bien cerner les variables à l'étude.

Par la suite, des analyses de corrélations entre les types de TDC, c'est-à-dire les groupes de délinquants (variables dépendantes) et toutes les données colligées lors de la collecte de données (variables indépendantes). Les variables dépendantes sont en fait la classification des délinquants selon leur type de TDC : les trois groupes identifiés sur la base du DSM-IV et les trois groupes identifiés sur la base des résultats aux trois échelles du CBCL. Les variables indépendantes sont en fait les caractéristiques des adolescents identifiées dans les recherches cliniques selon le type de TDC qu'ils présentent. Pour ces analyses, le *Fisher's Exact Test* a été retenu étant tout indiqué lorsque les cellules ont une fréquence espérée de moins de cinq sujets.

Pour terminer, des analyses de moyennes, réalisées à l'aide de *One-Way Anova*, ont permis de comparer les moyennes de certaines variables continues obtenus par les différents groupes de délinquants entre eux (les trois groupes identifiés sur la base du DSM-IV sont comparés entre eux et les trois groupes de délinquants identifiés sur la base du CBCL sont comparés entre eux). Afin de s'assurer que ces groupes sont effectivement comparables, le test de *Levene*, permettant de connaître l'homogénéité de la variance entre les groupes, a été fait pour chacune de ces analyses. Lorsque le test de Levene s'avérait non-significatif, le

coefficient de *Bonferroni* a été retenu dans les tests Post-Hoc puisqu'il s'agit d'un coefficient qui diminue la marge d'erreurs lorsque de nombreuses comparaisons sont effectuées avec les mêmes variables. Toutefois, lorsque le test de *Levene* s'avérait significatif, indiquant que les variances entre les groupes étaient différentes, deux coefficients de substitution, le *Tamhane T-2* et le *Dunnett-T3*, ont été retenus dans les tests Post-Hoc. Ces derniers sont recommandés dans les cas où les variances ne sont pas comparables entre les groupes.

3.6 Limites

L'étude actuelle comporte de nombreuses limites qu'il importe de mentionner. Celles-ci sont divisées en deux points principaux.

Le premier est que la cotation et la procédure reliées à la cotation des trois échelles de comportements du CBCL 4-18 est différente de celle d'Achenbach. En effet, dans notre recherche, les trois échelles des comportements sont cotées par deux étudiantes (cliniciennes) à partir des dossiers des jeunes, alors que normalement c'est le parent du jeune qui doit coter ces échelles sur la base des comportements des deux derniers mois. Mais, puisque la quasi-totalité des délinquants proviennent des centres jeunesse (centre d'accueil (LPJ) ou centre de détention juvénile (LJC/LSJPA)), la cotation des parents aurait aussi comporté un biais majeur, car les jeunes n'étaient pas sous leur supervision ou libres d'agir au cours des deux mois précédents l'admission à l'IPPM.

De plus, du fait que nous avons coté les trois échelles sur la base de dossiers médicaux et non à partir d'observations comportementales directes, nous avons donc accès seulement aux informations disponibles dans ces dossiers. Mais puisque les jeunes sont en évaluation pour le tribunal en milieu hospitalier, les dossiers sont généralement assez complets.

Pour terminer, nous avons rencontré certaines difficultés à coter l'échelle anxio-dépressive, car il s'agit de coter des comportements intériorisés par une population de délinquants en institution : peu d'adolescents affirment clairement ressentir de l'inquiétude, de la solitude et de la tristesse. Cette échelle, malgré son faible alpha de Cronbach, a été conservée car les items qui y sont regroupés sont, d'une part, essentiels à l'évaluation de la MAB-J chez les

délinquants et, d'autre part, parce qu'il s'agit des seules données colligées sur les comportements intériorisés.

Afin de compenser pour ces biais, nous avons pris quelques décisions quant à la façon de coter les échelles du CBCL. Tout d'abord, étant donné que nous basons notre cotation sur des dossiers médicaux, nous avons diminué les risques liés à l'interprétation de la fréquence des comportements manifestés par les adolescents en passant de variables continues (0-1-2) à des variables dichotomiques (0-1). Ensuite, nous avons eu recours à deux juges pour la cotation des trois échelles de comportements, calculé un accord inter-juges pour chacun des items et conservé seulement ceux qui obtiennent un « très bon » d'accord inter-juges (κ de Cohen $\geq 0,61$). Ces mesures prises ont par conséquent nécessité l'adaptation du seuil « cliniquement significatif » des trois échelles; ce qui a été expliqué en détails dans la section 3.3.4 et résumé dans le tableau 13.

Le second point est que le trouble que nous tentons d'identifier, le trouble des conduites dysphorique, est basé sur une pathologie qui est rarement diagnostiquée dans une population juvénile : la maladie affective bipolaire (MAB). Sa présence dans une population d'enfants et d'adolescent a été étudiée activement au cours de la dernière décennie et nommée comme étant la « maladie affective bipolaire juvénile », mais elle n'est pas officiellement reconnue par l'APA dans le DSM-IV-TR (2000) et plusieurs de ses symptômes sont similaires au trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Afin de composer avec ce problème lié au diagnostic, notre étude a donc eu recours à de rigoureux critères de sélection ayant permis d'exclure de notre échantillon les jeunes qui auraient pu présenter des symptômes affectifs (humeur) pour des raisons médicales différentes qu'un trouble de l'humeur possible et nous nous sommes basée sur deux instruments cliniques (DSM-IV et CBCL) pour cerner les jeunes pouvant présenter un trouble des conduites avec une MAB-J (potentielle).

Malgré les limites soulignées, notre étude s'avère d'une importance significative non seulement pour le milieu clinique, mais aussi pour les délinquants eux-mêmes. Notre étude permet d'avoir une meilleure connaissance des caractéristiques des délinquants présentant une MAB officielle (DSM-IV) et MAB-J potentielle (3 échelles du CBCL) qui sont admis en évaluation à l'IPPM en les comparant aux autres délinquants admis, mais aussi aux

autres délinquants bipolaires décrits dans les études cliniques. À plus long terme, la reconnaissance d'un TDC dysphorique, généralement manifesté par les jeunes agressifs et délinquants, comporte des enjeux cliniques, sociaux et judiciaires importants en permettant notamment à des délinquants d'être traités alors que généralement un diagnostic de troubles des conduites tend à diriger ces jeunes vers le système judiciaire plutôt que médical.

CHAPITRE 4

ANALYSE DES DONNÉES

Les deux façons de conceptualiser les types de trouble des conduites, c'est-à-dire ceux identifiés sur la base des diagnostics médicaux issus du DSM-IV et ceux identifiés sur la base des résultats obtenus aux échelles du CBCL (anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs), seront analysés dans ce chapitre. Il est important de mentionner que tout au long de celui-ci, les termes suivants seront utilisés pour distinguer les types de trouble des conduites auxquels appartiennent les jeunes. En se référant aux types de TDC basés sur le DSM-IV, les termes « délinquants sans pathologie associée » réfèrent aux adolescents du groupe « TDC seul », alors que « délinquants bipolaires » réfèrent aux jeunes du groupe « TDC avec MAB (officielle) » et « délinquants hyperactifs » réfèrent à ceux du groupe « TDC avec TDAH ».

En lien avec le groupe « TDC avec MAB-J » identifié sur la base du CBCL, il importe de préciser qu'il s'agit d'une MAB-J potentielle et non un diagnostic officiel de MAB juvénile.

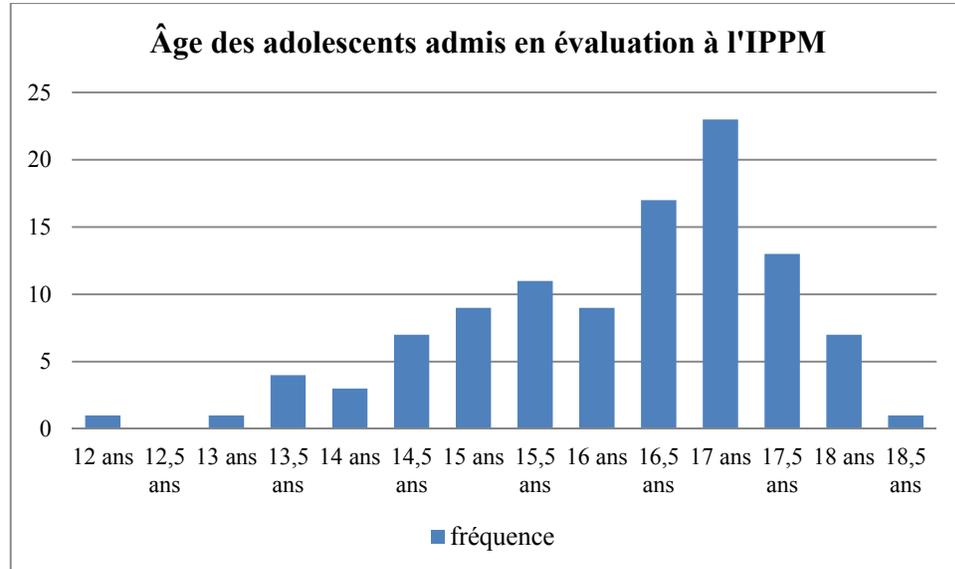
Tel qu'indiqué dans la section introduisant le milieu de stage, la période d'évaluation au sein de l'unité des adolescents est, en théorie, d'une durée de soixante jours. Dans l'échantillon actuel, la moyenne est de 59 jours (58,9 jours; É.T. 18,2), donc conforme avec ce qui est prévu en théorie.

4.1 La présentation des jeunes de l'échantillon

L'échantillon est composé de 106 adolescents de sexe masculin présentant un trouble des conduites. Près de 88% des jeunes sont nés au Québec, plus 4,7% de jeunes issus des Premières Nations et autour de 4% viennent d'une autre province canadienne. Seulement trois adolescents ne sont pas nés au Canada, mais tous ont immigré avant l'âge de 10 ans. En moyenne, les adolescents sont âgés d'un peu plus de 16 ans (16,41 ans; É.T. 1,30); le plus jeune avait 12 ans et 5 mois, alors que le plus âgé avait 18 ans et 7 mois. Plus de 60%

des adolescents sont âgés d'au moins 17 ans au moment de leur évaluation à l'IPPM. Comme en témoigne la figure 1.

Figure 1. Âge des adolescents admis en évaluation à l'IPPM.



Comparaison de l'âge des adolescents selon le type de TDC

Il a été possible de comparer la moyenne des âges des jeunes au moment de leur admission à l'IPPM selon leur type de TDC (DSM-IV / CBCL) grâce à une analyse statistique appelée One-Way Anova. Les résultats sont présentés ici en distinguant les types de TDC des adolescents à partir du DSM-IV et du CBCL.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Lors de leur admission à l'IPPM, les délinquants sans pathologie associée tendent à être légèrement plus âgés (16,8 ans; É.T. 1,2) que les délinquants bipolaires (16,0 ans; É.T. 1,6) et les délinquants hyperactifs (15,9 ans; É.T. 1,2). Le One-Way Anova a révélé une différence significative entre l'âge des délinquants sans pathologie associée et des délinquants hyperactifs ($F = 6,575$; $p \leq 0,01$). Malgré cette différence au point de vue statistique, il demeure qu'au plan clinique il existe peu de différence entre les jeunes de près de 16 ans et les jeunes de 16 ans et neuf mois.

De plus, l'échantillon est plutôt homogène en ce sens que la moyenne des âges de l'ensemble des jeunes est d'un peu plus de 16 ans avec un écart-type seulement de 1,3 ans.

Il faut se rappeler que le groupe des délinquants bipolaires n'est constitué que de six jeunes. Il est donc très difficile de faire ressortir des différences pour ce si petit groupe par rapport aux deux autres. Par exemple, malgré le fait que l'âge moyen soit similaire entre les délinquants bipolaires et les délinquants hyperactifs (moins d'un mois de différence), cela n'a pas été suffisant pour obtenir une différence significative entre les délinquants bipolaires et les délinquants sans pathologie associée. Enfin, puisque l'objectif est de mieux connaître les caractéristiques des délinquants bipolaires et que la différence significative quant à l'âge ne le concerne pas directement, il a été jugé préférable de ne pas contrôler les analyses pour l'âge. Trop d'informations auraient été perdues par la division de ce groupe.

TDC identifié à partir du CBCL

Il n'existe aucune différence significative quant à l'âge au moment de l'admission à l'IPPM entre les jeunes ayant un TDC délinquant (16,7 ans; É.T. 1,3), les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (16,3 ans; É.T. 1,2) et les jeunes ayant un TDC avec les symptômes du TDAH (16,2 ans; É.T. 1,3). Toutefois, il est possible de remarquer que la tendance se révèle la même que chez les délinquants dont le TDC a été obtenu par le DSM-IV, c'est-à-dire que les jeunes ayant un TDC délinquant semblent être un peu plus âgés que ceux des deux autres groupes.

4.2. Les types de TDC des adolescents sur la base du DSM-IV et du CBCL

Le tableau 14 fait état de la classification officielle du TDC des adolescents sur la base du DSM-IV et la classification du TDC proposée par le CBCL à partir des résultats obtenus aux trois échelles de comportements mentionnées précédemment.

Tableau 14. Correlation de la classification du TDC des adolescents selon le DSM-IV et le CBCL.

		TDC selon DSM-IV			
		<i>TDC seul</i>	<i>TDC avec MAB</i>	<i>TDC avec TDAH</i>	<i>Total</i>
TDC selon CBCL	<i>TDC délinquant</i>	44	0	2	46
	<i>TDC avec MAB-J</i>	5	2	13	20
	<i>TDC avec symp. TDAH</i>	11	4	25	40
	<i>Total</i>	60	6	40	106

Pour 71 des 106 adolescents inclus dans notre étude (67%), le même type de TDC est identifié, et ce, peu importe le fait que cette classification ait été faite à partir des critères diagnostiques du DSM-IV ou à partir des résultats aux trois échelles du CBCL. Cela dit, un kappa de Cohen a été calculé afin de statuer sur la corrélation de ces deux classifications, mais il n'atteint que 0,45, ce qui n'est pas très élevé. Il demeure que les deux-tiers des jeunes ont été classés similairement par le CBCL et le DSM-IV.

En jetant un regard aux types de TDC établis à partir du DSM-IV, on note que 44/60 délinquants sans pathologie associée (73,3%) ont été identifiés comme ayant le même type de TDC par le CBCL, soit un TDC délinquant. Peu de délinquants sans pathologie associée, soit 16/60 (26,7%), sont identifiés par le CBCL comme ayant un TDC avec une MAB-J (5 jeunes) ou un TDC avec symptômes du TDAH (11 jeunes). Finalement, aucun délinquant bipolaire n'a été identifié par le CBCL comme ayant un TDC délinquant : ceux-ci sont davantage reconnus pour avoir un TDC avec une MAB-J (2 jeunes) ou un TDC avec symptômes du TDAH (4 jeunes) par le CBCL.

Toujours en se référant au tableau 14, on remarque que près des trois-quarts des délinquants bipolaires et des délinquants hyperactifs (71%) ont été identifiés comme ayant les symptômes attribuables à ces troubles, et ce, peu importe s'il s'agissait du DSM-IV ou du CBCL (total de 44/62). Cela signifie que les délinquants bipolaires et les délinquants hyperactifs sont identifiés comme des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J ou un TDC avec des symptômes du TDAH par le CBCL. Pour être plus précise, près des deux-tiers (65%) des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J identifié par le CBCL sont diagnostiqués comme étant des délinquants hyperactifs (13/20) par le DSM-IV. Inversement, les deux-tiers des délinquants bipolaires selon le DSM (4/6) sont identifiés comme étant des jeunes ayant un TDC avec symptômes du TDAH par le CBCL.

Les conclusions que l'on peut tirer à partir de ce tableau de classification du TDC sont les suivantes:

- même si 67% des jeunes tendent à être bien identifiés par le DSM-IV et le CBCL, le Kappa de Cohen n'atteint que 0,45;

- les délinquants ayant un TDC seul (TDC sans pathologie associée et TDC délinquant) sont identifiés comme ayant le même type de TDC tant par les critères du DSM-IV que par les résultats obtenus aux échelles du CBCL;
- les délinquants bipolaires tendent à être répartis dans le TDC avec symptômes du TDAH par le CBCL, principalement en raison d'un résultat non-significatif à l'échelle des comportements anxio-dépressifs. Leur caractère intériorisé les rend difficiles à identifier à partir du dossier médical, surtout auprès d'une population délinquante;
- les délinquants bipolaires et les délinquants hyperactifs sont identifiés comme ayant un TDC avec une MAB-J ou un TDC avec symptômes du TDAH par le CBCL. En fait, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J sont reconnus comme des délinquants hyperactifs par le DSM-IV ou, inversement, les délinquants bipolaires sont identifiés comme ayant un TDC avec symptômes du TDAH par le CBCL. Ce constat renforce l'idée que ces deux troubles sont difficiles à distinguer l'un de l'autre. Puisque la MAB-J et le TDAH sont deux troubles manifestés par des symptômes et des comportements similaires, il ne faut pas ignorer les résultats des délinquants hyperactifs (DSM-IV) et des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (CBCL).

4.3 La prévalence des troubles psychiatriques associés au TDC

Cette section aborde brièvement la prévalence des deux troubles psychiatriques ayant servi à distinguer les types de TDC entre eux, c'est-à-dire la maladie affective bipolaire (MAB) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Plusieurs sections seront consacrées à ces troubles rencontrés chez les délinquants dans ce chapitre ainsi qu'aux autres troubles fréquemment notés chez les jeunes tels le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble dépressif majeur et les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives.

Les prévalences des troubles psychiatriques associés au TDC rencontrés chez les adolescents de notre échantillon seront principalement comparées à trois recherches : deux

ont été réalisées auprès d'adolescents en centre de détention (Pliszka et *al.*, 2000; Teplin et *al.*, 2002) et une a été réalisée auprès de jeunes référés en clinique externe de psychiatrie (Youngstrom, Youngstrom et Starr, 2005). Le faible nombre de recherches réalisées auprès d'une population juvénile délinquante incarcérée et l'absence de recherches concernant exclusivement les jeunes présentant un TDC font en sorte que celles-ci ont été retenues pour comparer la prévalence de ce trouble seul ou en cooccurrence avec d'autres troubles. Les aspects positifs et négatifs de ces recherches seront par ailleurs brièvement évoqués.

En tenant compte du fait que, dans notre recherche, le TDC était le critère d'inclusion, il est fort possible que les prévalences du TDAH et de la MAB diffèrent de celles qui auraient été notées si l'échantillon n'était composé que de jeunes ayant un TDC en centre de détention, car, tel que reconnu par l'AACAP (1997b), le TDC apparaît souvent avec d'autres troubles psychiatriques. Il faut donc être prudent face aux prévalences rapportées pour ces quelques raisons. Voici pour commencer une courte présentation de ces trois recherches.

Une brève présentation des trois recherches cliniques retenues

La recherche de Pliszka et coll. (2000) compte peu d'individus ($N = 50$), dont quarante-cinq sont de sexe masculin et le quart ne présentent aucun diagnostic à l'axe 1. Les aspects positifs de cette recherche sont que les adolescents sont en centre de détention au moment la collecte de données, ils sont âgés d'en moyenne 16,0 ans (É.T. : 1,0) et soixante pourcent présentent un TDC. Il faut mentionner que les diagnostics sont basés sur des entrevues structurées référant au DSM-III-TR, mais la raison pour laquelle cela constitue un aspect positif est que, malgré la catégorisation différente du TDC dans le DSM-III-TR et le TDC du DSM-IV, les comportements déviants du TDC sont similaires entre ces deux éditions.

Ensuite, la recherche de Teplin et coll. (2000) est pour sa part basée sur un grand échantillon de jeunes relevant d'un centre de détention ($N = 1829$). L'âge moyen des adolescents est de 14,9 ans (entre 10 et 18 ans), ce qui est légèrement moins élevé que les délinquants de notre échantillon qui sont âgés de près de seize ans et demi (16,4 ans; É.T. 1,3). Même si seulement les deux-tiers des jeunes (64,1%) sont de sexe masculin, les analyses séparent les adolescents de sexe féminin et masculin. Il devient donc possible de comparer le groupe des jeunes garçons à celui de notre échantillon. Enfin, un peu moins de quarante pourcent des jeunes (37,8%) présentent un TDC, ce qui est plutôt faible.

Enfin, la recherche de Youngstrom, Youngstrom et Starr (2005) est réalisée auprès d'un grand échantillon ($N = 3086$) de jeunes référés en clinique externe de psychiatrie. Cet échantillon est aussi mixte; près des deux-tiers des jeunes sont de sexe masculin (63,0%). Malheureusement les chercheurs ne tiennent pas compte de cette variable pour analyser leurs données. Outre ce point, ceux qui y sont inclus sont en moyenne plus jeunes que les adolescents de notre échantillon de près de cinq ans (âge moyen 10,5 ans; É.T. 3,4). Malgré ces différences, certains éléments méthodologiques rendent cette recherche intéressante. En fait, il s'agit d'une étude rétrospective de quatre ans qui se base sur les dossiers médicaux des jeunes référés auprès de six cliniques externes. Leurs dossiers incluent notamment les résultats obtenus au CBCL (1991), ce qui diffère des deux recherches précédentes qui se basaient sur des entrevues cliniques structurées. Cette procédure se rapproche donc davantage de notre méthodologie. Cela dit, il ne faut pas perdre de vue que ces jeunes sont moins âgés et relèvent de cliniques externes, ce qui implique généralement des symptômes de moindre gravité et un niveau de fonctionnement supérieur aux jeunes devant être hospitalisés. Ces variables peuvent expliquer le faible taux de TDC (7,2%) et le taux élevé de TDAH (38,9%) notés dans cette recherche.

Comparons maintenant les prévalences des troubles psychiatriques rencontrées dans ces recherches à celles observées chez les délinquants de notre échantillon.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Tout d'abord, seulement six adolescents (5,7%) de notre échantillon ont officiellement reçu un diagnostic de maladie affective bipolaire au cours de leur vie. Ce taux est passablement faible considérant le fait que la MAB touche respectivement 2,2% et 22% des jeunes incarcérés des études de Pliszka et coll. (2000) et Teplin et coll. (2000) et que seulement une portion, soit encore ici respectivement 37,8% et 60,0%, des jeunes de ces recherches présentent un TDC. Pour leur part, Kutcher, Marton et Korenblum (1989) ont noté que 27% des adolescents hospitalisés en psychiatrie ($n = 90$) présentent un TDC et, parmi ceux-ci, 31% répondent aussi aux critères du trouble bipolaire. Leur proportion est très élevée en comparaison à celle de notre échantillon. Notre proportion ressemble davantage à celles rencontrées dans un échantillon représentatif d'adolescents fréquentant l'école secondaire (6,7%) (Lewinsohn, Klein et Seely, 1995) et un autre issu d'une clinique externe de

psychiatrie (5,9%) dont seulement 7,2% des jeunes présentent un TDC (Youngstrom, Youngstrom et Starr, 2005).

Ensuite, dans notre échantillon, quarante-deux adolescents sur cent six (39,6%) souffrent d'un TDAH en association à leur TDC. Dans les recherches de Pliszka et coll. (2000) et Teplin et coll. (2000) réalisées auprès de jeunes incarcérés, le TDAH affiche une prévalence de 16,6% et 18,0%, alors qu'il atteint 38,9% en clinique externe de psychiatrie dans l'étude de Youngstrom, Youngstrom et Starr (2005). Les proportions de TDC ont été mentionnées dans le paragraphe précédent, c'est-à-dire 37,8% et 60,0% pour les jeunes incarcérés (Pliszka et *al.*, 2000, Teplin et *al.*, 2000) et 7,2% pour les jeunes référés en clinique externe de psychiatrie (Youngstrom, Youngstrom et Starr, 2005). Cela dit, une recension d'écrits cliniques sur le TDAH rapporte que la proportion de TDC qui s'y attache se situe entre 30% et 50%, et ce, tant dans les échantillons épidémiologiques que cliniques (Biederman, Newcorn et Sprich, 1991). Ces proportions sont similaires à celles notées dans notre échantillon qui fait toutefois l'évaluation à l'inverse, à savoir 38,9% de TDAH se rattachant à un TDC.

Pour terminer, notons que le TDC se présente seul, sans MAB ou TDAH, chez 54,7% des adolescents (58/106) de notre échantillon

TDC identifié à partir du CBCL

Il semblerait que le TDC avec une MAB-J potentielle serait présent chez près du cinquième (18,9%) des jeunes de notre échantillon (20/106). Cette proportion ressemble à celle de 22% rapportée dans la recherche de Pliszka et coll. (2000) réalisée auprès d'adolescents incarcérés dans un centre de détention juvénile. Nous sommes par ailleurs loin des deux autres recherches considérées indiquant des proportions de MAB de 2,2% chez des jeunes incarcérés (Teplin et *al.*, 2000) et de 5,9% chez des jeunes référés en clinique externe de psychiatrie (Youngstrom, Youngstrom et Starr, 2005). Toutefois, ces deux dernières recherches sont aussi celles qui affichent les proportions de TDC les plus faibles. Plusieurs recherches notant des proportions de TDC plus élevées indiquant aussi une cooccurrence plus élevées avec la MAB (ex. Biederman et *al.*, 1999; Kovacs et Pollock, 1995; Kutcher, Marton et Korenblum, 1989; Wozniak et *al.*, 1995).

Pour ce qui est du TDC accompagné de symptômes du TDAH, Youngstrom, Youngstrom et Starr (2005) rapportent que 37,8% des jeunes référés en clinique externe de psychiatrie présentent un TDAH en plus d'un TDC, ce qui est similaire à la proportion de délinquants hyperactifs (39,6%) trouvés dans notre échantillon de jeunes aux prises avec TDC. Les proportions de TDAH notées chez les jeunes en centre de détention 16,6% pour Pliszka et coll. (2000) et 18% pour Teplin et coll. (2000) sont inférieures à celles observées dans notre échantillon.

Enfin, quarante-six adolescents (43,4%) de notre échantillon présentent un TDC délinquant, c'est-à-dire sans symptôme similaire à la MAB ou au TDAH.

4.4 Données relatives aux antécédents légaux (LPJ, LJC/LSJPA)

Plus de 98% des jeunes de l'échantillon ont été référés par les centres jeunesse du Québec et tous relèvent de la LPJ et/ou de la LJC/LSJPA. Aucun n'était en garde en établissement ou relevait, au moment de l'admission, d'une ordonnance du Tribunal administratif du Québec pour un délit antérieur (verdict de non-responsabilité criminelle pour une cause de trouble mental). Le tableau 15 résume les lois desquelles relèvent les adolescents de l'échantillon.

Tableau 15. Statut légal des adolescents selon le type de TDC.

<i>TDC selon DSM-IV</i>		<i>TDC selon CBCL</i>	
LPJ			
TDC seul	6,9 %	TDC délinquant	6,5 %
TDC avec MAB	16,7 %	TDC avec MAB-J	20,0 %
TDC avec TDAH	19,0 %	TDC avec symp. TDAH	15,0 %
LJC / LSJPA			
TDC seul	43,1 %	TDC délinquant	45,7 %
TDC avec MAB	50,0 %	TDC avec MAB-J	40,0 %
TDC avec TDAH	14,3 %	TDC avec symp. TDAH	12,5 %
LPJ et LJC / LSJPA			
TDC seul	50,0 %	TDC délinquant	47,8 %
TDC avec MAB	33,3 %	TDC avec MAB-J	40,0 %
TDC avec TDAH	66,7%	TDC avec symp. TDAH	72,5%

Le tableau 15 témoigne du fait que la proportion des adolescents en fonction de leur statut légal est similaire, peu importe que le type de TDC ait été identifié sur la base du DSM-IV ou du CBCL. Par exemple, en comparant les pourcentages des adolescents relevant

exclusivement de la LPJ, on note que 6,9% des délinquants sans pathologie associée (DSM-IV) et 6,5% des jeunes ayant un TDC délinquant (CBCL) relèvent de la LPJ. Les différences entre les pourcentages par statut légal varient entre 0,4% et 10%, mais la plupart s'écartent de moins de 5,0%.

4.4.1. Antécédents légaux relatifs à la LPJ

TDC identifié à partir du DSM-IV

Près de 90% des adolescents présentant un TDC ayant été admis à l'IPPM ($n = 95$) ont fait l'objet d'un signalement en vertu de la LPJ au cours de leur vie. En moyenne, l'âge des jeunes au premier signalement est plus précoce ($p \leq 0,01$) chez les délinquants hyperactifs (7,8 ans; É.T. 4,5) que les délinquants sans pathologie associée (10,8 ans; É.T. 4,4). Chez les délinquants bipolaires, l'âge moyen au premier signalement est de 8,8 ans (É.T. 4,6), mais seulement quatre jeunes sur six ont été signalés avant leur admission.

Selon les rapports de la protection de la jeunesse, pour la quasi-totalité des jeunes signalés, les troubles sérieux du comportement²⁴ ont été un des motifs de signalement retenu pour intervenir auprès d'eux et leur famille. Les autres motifs ayant été invoqués sont la négligence parentale, les abus physiques et les abus sexuels, mais ces motifs entraînent des taux de signalement différents selon le type de TDC.

À cet égard, il apparaît que les délinquants hyperactifs tendent à être plus souvent signalés à la Protection de la Jeunesse pour des motifs se rapportant à une forme de victimisation que les délinquants bipolaires et les délinquants sans pathologie associée, tel qu'indiqué dans le tableau 16. Pour être plus précis, une proportion plus grande des délinquants hyperactifs ont été signalés pour des motifs de négligence parentale que pour les délinquants sans pathologie associée (52,6% vs 24,5% : $p \leq 0,01$). Les délinquants hyperactifs sont davantage signalés pour des motifs d'abus physique que les délinquants sans pathologie associée (52,6% vs 30,2% : $p \leq 0,05$) et davantage comme victimes d'abus sexuel que les délinquants bipolaires (42,1% vs 0% : $p \leq 0,01$). Il appert donc que les délinquants hyperactifs sont plus fréquemment signalés comme victimes de négligence et d'abus, et qu'ils sont signalés plus tôt que les délinquants présentant un autre type de TDC. Pour ce

²⁴ LPJ : Sécurité et développement compromis, article 38h

qui est des délinquants bipolaires, la faible proportion de victimisation laisse croire que les troubles sévères du comportement sont le principal motif de signalement.

Tableau 16. Résumé des motifs de signalement en LPJ des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1) (n = 53)	TDC et MAB (gr. 2) (n = 4)	TDC et TDAH (gr. 3) (n = 38)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Motif (s) du signalement et /ou victimisation				
<i>Troubles sévères du comportement</i>	100 %	100 %	97,4 %	N.S.
<i>Négligence parentale</i>	24,5 %	25,0 %	52,6 %	3 > 1; $p \leq 0,01$
<i>Abus/violence physique</i>	30,2 %	25,0 %	52,6 %	3 > 1; $p \leq 0,05$
<i>Abus/violence psychologique</i>	24,5 %	25,0 %	39,5 %	N.S.
<i>Abus/violence sexuelle</i>	15,1 %	0 %	42,1 %	3 > 2; $p \leq 0,01$

Lorsque les problématiques sont trop sévères, la protection de la jeunesse envisage un retrait et un placement hors du milieu familial. Pour la plupart des délinquants de notre échantillon, telle a été l'issue du signalement. Au cours de leur jeunesse, 68,4% des jeunes ont été placés en famille d'accueil ou en foyer de groupe et 97,9% des jeunes ont été placés en centre d'accueil. Les délinquants hyperactifs tendent à être plus fréquemment placés en famille d'accueil ou en foyer de groupe que les délinquants sans pathologie associée (84,2% vs 56,6% : $p \leq 0,01$). Cette différence est possiblement attribuable à la précocité du signalement et des troubles du comportement, ainsi qu'à l'importance des problématiques rencontrées tant par les jeunes eux-mêmes que leur famille (voir section ultérieure: caractéristiques familiales).

TDC identifié à partir du CBCL

Contrairement aux délinquants dont le TDC est identifié par le DSM-IV, ceux dont le TDC est identifié par le CBCL n'affichent aucune différence significative, et ce, tant pour l'âge au premier signalement, les motifs de signalement et les mesures de placement priorisés par la protection de la jeunesse pour corriger la situation problématique de l'adolescent. Tel que noté précédemment, plusieurs délinquants hyperactifs et délinquants bipolaires sont identifiés comme des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J ou ceux ayant un TDC avec symptômes du TDAH par le CBCL. Puisque les symptômes de la MAB-J et du TDAH sont similaires et que ces troubles sont souvent cooccurrents, il est possible que les écarts entre

les pourcentages rapportés pour les trois types de TDC identifiés par le CBCL soient amoindris par un classement différent des délinquants hyperactifs tel que produit par l'application du DSM-IV. La répartition différente de ces derniers par le CBCL pourrait faire en sorte qu'il n'y ait plus de différence significative entre les types de TDC en plus de fournir une explication au fait que les jeunes ayant un TDC associée à une MAB-J potentielle sont maintenant ceux qui présentent les taux les plus élevés de négligence parentale, d'abus physique et sexuel. Ces résultats ne sont toutefois pas significatifs, comme en témoigne le tableau 17.

Tableau 17. Résumé des motifs de signalement en LPJ des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1) (n = 39)	TDC avec MAB-J (gr. 2) (n = 17)	TDC avec symp. TDAH (gr. 3) (n = 39)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Motif (s) du signalement et /ou victimisation				
<i>Troubles sévères du comportement</i>	100 %	100 %	97,4 %	N.S.
<i>Négligence parentale</i>	23,1 %	52,9 %	41,0 %	N.S.
<i>Abus/ violence physique</i>	38,5 %	41,2 %	38,9 %	N.S.
<i>Abus/ violence psychologique</i>	28,2 %	35,3 %	30,8 %	N.S.
<i>Abus/ violence sexuelle</i>	20,5 %	29,4 %	25,3 %	N.S.

4.4.2. Antécédents criminels relatifs à la LJC et/ou LSJPA

Les trois-quarts des adolescents de notre échantillon ont été reconnus coupables et ont reçu une peine pour une infraction criminelle en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants (LJC) et/ou la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) ($n = 80$). La proportion de jeunes ayant des antécédents criminels est identique entre les types de TDC comparables du DSM-IV au CBCL pour deux groupes de jeunes; des antécédents criminels sont présents chez 78,3% des jeunes délinquants sans pathologie associée (TDC seul ou TDC délinquant) et 72,5% des jeunes délinquants avec un TDAH diagnostiqué ou possible (TDC avec TDAH ou TDC avec symptômes du TDAH). Enfin, chez les délinquants bipolaires 66,7% présentent des antécédents criminels, alors que chez les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J ce taux grimpe à 75%.

Les actes délinquants sont divisés en cinq catégories identifiées comme suit : l'agressivité envers les objets (ex. méfait, mettre le feu), la violence verbale (ex. menaces), la violence physique (ex. voie de fait, tentative de meurtre), les infractions relatives aux substances psychoactives (ex. possession, trafic) et, enfin, les infractions de nature sexuelle (ex. agression sexuelle). Les tableaux 18 et 19 présentent les délits pour lesquels les délinquants ont été reconnus coupables que ceux-ci aient été pris en charge en vertu de la LJC et/ou de la LSJPA.

Le *Fisher's exact test* ne révèle aucune différence significative dans les délits quelque soit le type de TDC identifié (DSM-IV ou CBCL) comme nous le verrons maintenant.

TDC identifié à partir du DSM-IV

La comparaison de la moyenne des âges au premier délit révèle que les délinquants sans pathologie associée (14,7 ans; É.T. 1,6) tendent à être plus âgés que les délinquants hyperactifs (13,6 ans; É.T. 2,1) au moment de la commission du premier délit judiciairisé ($F = 4,510 : p \leq 0,05$). Quant aux délinquants bipolaires, ils sont âgés en moyenne de 13,8 ans (É.T. 1,3) à ce moment et ne se distinguent pas des deux autres groupes.

La moyenne du nombre de délits officiels est similaire entre les trois groupes de délinquants. À titre informatif, lors de leur admission à l'IPPM, un verdict de culpabilité a été rendu chez les délinquants sans pathologie associée pour, en moyenne, 6,8 délits (É.T. 6,4), chez les délinquants hyperactifs pour 5,6 délits (É.T. 6,3) et chez les délinquants bipolaires pour seulement 2,7 délits (É.T. 2,8). Ces différences n'apparaissent pas statistiquement significatives. Les délinquants bipolaires affichent donc une moyenne du nombre de délits à l'admission à l'IPPM inférieure aux autres groupes sans toutefois que celle-ci ne soit significative.

Le tableau 18 résume les condamnations criminelles antérieures des délinquants sur la base de cinq catégories de délits; celles-ci n'étant pas mutuellement exclusives. Les trois groupes de délinquants affichent une proportion similaire de condamnations antérieures.

Tableau 18. Résumé des condamnations en LJC et/ou LSJPA des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1) (n = 47)	TDC et MAB (gr. 2) (n = 4)	TDC et TDAH (gr. 3) (n = 29)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Condamnations criminelles antérieures (n = 80)				
<i>Agressivité envers les objets</i>	76,6 %	100 %	62,1 %	N.S.
<i>Violence verbale</i>	42,6 %	25,0 %	51,7 %	N.S.
<i>Violence physique</i>	66,0 %	75,0 %	72,4 %	N.S.
<i>Infraction relative aux substances</i>	27,7 %	-	17,2 %	N.S.
<i>Infraction de nature sexuelle</i>	14,9 %	25,0 %	13,8 %	N.S.

TDC identifié à partir du CBCL

Contrairement à ce que l'on constatait pour les jeunes dont le TDC est identifié sur la base du DSM-IV, la moyenne d'âge au moment de la commission du premier délit judiciairisé est similaire entre les trois groupes de délinquants. Une autre tendance mérite aussi d'être soulignée. En fait, ce sont les adolescents présentant un TDC avec une MAB-J qui étaient les plus jeunes à la commission d'un premier délit judiciairisé (13,5 ans; É.T. 2,3). Ceux-ci sont suivis des jeunes ayant un TDC associé à des symptômes du TDAH (14,2 ans; É.T. 1,7) et ceux ayant un TDC délinquant (14,6 ans; É.T. 1,7) près d'une année plus tard.

Comme chez les délinquants dont le TDC est identifié par le DSM-IV, la moyenne du nombre de délits officiels notés chez les jeunes ayant un TDC délinquant repérés à partir du CBCL demeure la plus élevée (7,0 délits; É.T. 6,5). Par contre, celle des jeunes présentant un TDC avec une MAB-J (5,9 délits; É.T. 4,7) est légèrement supérieure à celle des jeunes avec un TDC associé à des symptômes du TDAH (5,2 délits; É.T. 6,6), ce qui est l'inverse de ce qui est observé pour les délinquants hyperactifs et les délinquants bipolaires. De leur côté, les délinquants bipolaires à leur arrivée à l'IPPM avaient été reconnus coupables de moins de trois délits, alors que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J en comptaient plus du double (2,7 délits vs 5,9 délits).

Tableau 19. Résumé des condamnations en LJC et/ou LSJPA des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1) (n = 36)	TDC avec MAB-J (gr. 2) (n = 15)	TDC avec symp. TDAH (gr. 3) (n = 29)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Condamnations criminelles antérieures (n = 80)				
<i>Agressivité envers les objets</i>	75,0 %	66,7 %	72,4 %	N.S.
<i>Violence verbale</i>	50,0 %	40,0 %	41,4 %	N.S.
<i>Violence physique</i>	72,2 %	80,0 %	58,6 %	N.S.
<i>Infraction relative aux substances</i>	30,6 %	26,7 %	10,3 %	N.S.
<i>Infraction de nature sexuelle</i>	16,7 %	6,7 %	17,2 %	N.S.

En somme, on note des résultats similaires quant aux moyennes de l'âge au premier délit judiciaire et du nombre de délits officiels au moment de la prise en charge à l'IPPM que le TDC des délinquants ait été identifié à partir du DSM-IV ou du CBCL. En fait, les moyennes sur ces variables des délinquants avec des symptômes de trouble de l'humeur (TDC avec MAB; TDC avec une MAB-J) se rapprochent plus de celles des délinquants avec des symptômes du TDAH (TDC avec TDAH; TDC avec symptômes du TDAH) que celles des délinquants sans pathologie associée (TDC seul; TDC délinquant).

Un peu plus de deux ans s'écoule entre la commission du premier délit judiciaire et l'âge à l'admission à l'IPPM, et ce, sans égard à la source du diagnostic du TDC : DSM-IV et CBCL. Au cours de cette période, les jeunes présentant seulement un TDC (TDC seul et TDC délinquant) rapportent le nombre de délits le plus élevé, alors que les délinquants présentant des symptômes de troubles de l'humeur (TDC avec MAB et TDC avec une MAB-J) en rapportent le moins.

4.4.3. Accusations criminelles actuelles en vertu de la LJC et/ou LSJPA

Lors de leur admission en évaluation à l'IPPM, cinq adolescents de notre échantillon ne sont accusés d'aucun délit ($n = 101$). Tel que mentionné précédemment, la raison de l'admission d'un jeune en évaluation est souvent la commission d'un délit violent envers une personne. Toutefois, un délit d'une autre nature ou une consultation ayant pour objectif de cibler les interventions à privilégier avec un adolescent peuvent aussi mener à une évaluation à l'IPPM. Les tableaux 20 et 21 illustrent les accusations criminelles des

adolescents au moment de leur admission à l'IPPM selon leur type de TDC. Le *Fisher's Exact Test* révèle que seuls les délits impliquant de la violence physique affichent une différence significative entre deux groupes de délinquants, tant chez ceux identifiés par le DSM-IV que ceux identifiés par le CBCL.

Tableau 20. Résumé des accusations criminelles actuelles en LJC et/ou LSJPA des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1) (n = 58)	TDC et MAB (gr. 2) (n = 6)	TDC et TDAH (gr. 3) (n = 37)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Accusations criminelles actuelles (n = 101)				
<i>Agressivité envers les objets</i>	32,8 %	33,3 %	43,2 %	N.S.
<i>Violence Verbale</i>	29,3 %	66,4 %	40,5 %	N.S.
<i>Violence Physique</i>	77,6 %	83,3 %	56,8 %	1 > 3; $p \leq 0,05$
<i>Infraction relative aux substances</i>	6,9 %	0 %	0 %	N.S.
<i>Infraction de nature sexuelle</i>	19,0 %	16,7 %	21,6 %	N.S.

Dans le tableau 20, nous notons que les délinquants sans pathologie associée sont en proportion plus nombreux à avoir fait usage de violence physique que les délinquants hyperactifs (77,6 % vs 56,8 % : $p \leq 0,05$) lors de la commission de leur dernier délit. Les quatre autres catégories de délits révèlent que, précédant leur admission à l'IPPM, les délinquants ont tous commis ces différents délits dans des proportions similaires. Toutefois, sans se démarquer significativement des autres types de TDC, on note néanmoins que les délinquants hyperactifs auraient été plus souvent commis des délits envers des objets, les délinquants bipolaires auraient plus souvent fait usage de violence verbale, alors que les délinquants sans pathologie associée ont été proportionnellement plus nombreux à commettre des infractions relatives aux substances. Il est intéressant de constater que les délits envers les objets et le recours à la violence verbale, souvent considérés comme étant des délits impulsifs, ont été commis par des délinquants reconnus pour avoir une forte impulsivité (délinquants hyperactifs et délinquants bipolaires), tandis que les infractions relatives aux substances ont été exclusivement commises par des délinquants sans pathologie associée. Enfin, une proportion relativement similaire d'adolescents, quelque soit la nature du TDC, aurait commis des infractions de nature sexuelle, soit entre 16,7% et 21,6%.

Le tableau 21 illustre maintenant les accusations criminelles au moment de l'admission à l'IPPM des adolescents dont le TDC a été identifié par le CBCL.

Tableau 21. Résumé des accusations criminelles actuelles en LJC et/ou LSJPA des adolescents selon le type de TDC identifié par le CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1) (n = 44)	TDC avec MAB-J (gr. 2) (n = 18)	TDC avec symp. TDAH (gr. 3) (n = 39)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Accusations criminelles actuelles (n = 101)				
<i>Agressivité envers les objets</i>	38,6 %	33,3 %	35,9 %	N.S.
<i>Violence verbale</i>	36,4 %	44,4 %	30,8 %	N.S.
<i>Violence physique</i>	79,5 %	50,0 %	69,2 %	$1 > 2; p \leq 0,05$
<i>Infraction relative aux substances</i>	9,1 %	0	0	N.S.
<i>Infraction de nature sexuelle</i>	22,7 %	11,1 %	20,5 %	N.S.

Le tableau 21 nous informe que des gestes de violence physique ont été manifestés par un nombre significativement plus élevé de jeunes ayant un TDC délinquant que de jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (79,5% vs 50,0% : $p \leq 0,05$). Cela dit, on note que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J sont proportionnellement plus nombreux que les délinquants des autres groupes à avoir faire usage de violence verbale, mais seraient moins enclins à commettre des infractions de nature sexuelle. Les jeunes ayant un TDC délinquant se démarquent à nouveau comme étant les seuls à avoir commis des infractions relatives aux substances. Enfin, tous les délinquants, quelque soit le groupe auquel ils appartiennent, ont commis des délits envers des objets dans des proportions similaires, soit entre 33,3% et 38,6%.

4.5 Données sur la violence utilisée

Dans cette partie, certaines caractéristiques relatives à la violence physique utilisée par les adolescents lors de la commission de leur(s) délit(s) actuels ont été explorées. Soixante-et-onze adolescents sur les cent six de notre échantillon sont accusés d'au moins un délit violent envers d'autres personnes au moment de leur admission à l'IPPM. Les données suivantes concernent la violence physique utilisée par ces adolescents au cours de ce(s) délit(s).

TDC identifié à partir du DSM-IV

Une différence significative existe entre les groupes de délinquants. Tel qu'indiqué dans le tableau 22, les délinquants bipolaires sont proportionnellement plus nombreux à avoir commis des crimes violents envers des personnes en autorité que les délinquants sans pathologie associée (100% vs 44,4% : $p \leq 0,05$). Celles-ci peuvent être, par exemple, un enseignant, un intervenant, un éducateur ou un policier.

Tableau 22. Informations sur la violence physique utilisée par les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1) (n = 45)	TDC et MAB (gr. 2) (n = 5)	TDC et TDAH (gr. 3) (n = 21)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Informations sur la violence physique utilisée (n = 71)				
<i>Envers des personnes autres qu'en autorité</i>	91,1%	60,0%	81,0%	N.S.
<i>Envers des personnes en autorité</i>	44,4%	100%	61,9%	$2 > 1; p \leq 0,05$
<i>Violence planifiée/proactive</i>	66,7%	20,0%	52,4%	N.S.
<i>Violence non-planifiée/réactive</i>	66,7%	100%	81,0%	N.S.

D'autres informations intéressantes sont notées, même si les différences entre les groupes ne sont pas significatives.

Toujours d'après le tableau 22, les délinquants sans pathologie associée ont été violents tant d'une manière planifiée (66,7%) que réactive (66,7%), en plus de constituer le groupe que présente la plus grande proportion de jeunes se livrant à des comportements agressifs proactifs. Plus de 90% d'entre eux ont en effet été violents physiquement envers des personnes qui ne sont pas en position d'autorité, tel un autre jeune ou un membre d'un gang rival. Malheureusement, les délits pour lesquels ils ont été reconnus coupables et ceux pour lesquels ils sont présentement accusés sont regroupés dans la même catégorie appelée *nombre total de délits à l'admission à l'IPPM*. Il est donc impossible de savoir combien de délits ont été planifiés ou commis en réaction à une provocation.

Néanmoins, il demeure que c'est chez les délinquants sans pathologie associée qu'on rencontre la plus grande proportion de jeunes ayant commis des délits violents prémédités de même que des délits commis envers les personnes n'étant pas en position d'autorité. Ils

regroupent par ailleurs les plus faibles proportions de jeunes ayant commis des délits violents réactifs et des délits envers les personnes d'autorité. Ces résultats suggèrent que leur délinquance semble davantage organisée que celle des délinquants bipolaires et hyperactifs, ce qui va dans le même sens que les affirmations de Biederman et coll. (1997) qui concluaient que les délinquants sans pathologie associée tendent à manifester une agressivité proactive, prédatrice et une délinquance organisée. Celle-ci n'aurait toutefois pas pour cible des personnes en autorité.

Tous les délinquants bipolaires ont pour leur part commis au moins un délit violent de manière réactive et au moins un délit envers une personne d'autorité. Pour trois jeunes sur cinq (60%) de ce groupe, au moins une victime n'était pas en position d'autorité et, enfin, un seul jeune se révèle avoir planifié un délit violent. Cette non-sélectivité des victimes, ainsi que le caractère réactif et peu prémédité des délits violents soulignent bien le caractère impulsif et réactif de ces jeunes, tel que souligné dans les écrits sur la MAB typique ou atypique. La faible proportion de jeunes ayant commis des délits violents prémédités est étonnante, car de nombreux auteurs attestent que les jeunes bipolaires manifestent autant de comportements agressifs proactifs que réactifs (ex. Biederman *et al.*, 1997, 1999, 2003; Spencer *et al.*, 2001). Toutefois, il ne faut pas oublier qu'il y a peu de délinquants bipolaires et qu'ils affichent une faible moyenne de délits judiciairisés (2,7 délits).

Enfin, le tableau 22 signale que les délinquants hyperactifs ont eu recours à la violence physique d'une manière assez diversifiée. En fait, ils semblent avoir atteint tant les personnes en autorité (61,9%) que celles qui ne le sont pas (81,0%), alors que certains délits ont été planifiés (52,4%) et d'autres non (réactif : 81,0%). Tout comme les délinquants bipolaires, les délinquants hyperactifs apparaissent impulsifs et réactifs, mais ils semblent aussi être violents de la même manière que les délinquants sans pathologie associée, c'est-à-dire de manière planifiée et envers des personnes autres que celles en position d'autorité. Les caractéristiques identifiées chez les délinquants hyperactifs ressemblent donc davantage à celles des délinquants bipolaires identifiés dans la littérature; c'est-à-dire qu'ils manifestent une agressivité aussi bien proactive que réactive dont les victimes sont des personnes en position d'autorité ou non. En tenant compte de ces résultats, il paraît plausible que des délinquants hyperactifs de ce groupe soient des délinquants bipolaires dont la MAB-J n'a pas été identifiée; ce qui soutiendrait l'idée que la MAB-J est souvent

sous-diagnostiquée ou est prise pour un autre trouble, tel que conclu par quelques auteurs (Kovacs et Pollock, 1995; Spencer et *al.*, 2001).

TDC identifié à partir du CBCL

À partir du CBCL, on observe au tableau 23 que les adolescents ayant un TDC délinquant se sont significativement démarqués des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH pour ce qui est des victimes de leur(s) délit(s). En fait, presque tous les jeunes ayant un TDC délinquant auraient commis leur(s) dernier(s) délit(s) violent(s) envers des personnes qui ne sont pas en position d'autorité, contrairement aux jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (94,3% vs 74,1% : $p \leq 0,05$).

Les jeunes avec un TDC associé à des symptômes du TDAH ont pour leur part été proportionnellement plus nombreux à commettre des délits violents envers des personnes en position d'autorité que les jeunes ayant un TDC délinquant (66,7% vs 37,1% : $p \leq 0,05$). Même si les jeunes avec un TDC avec une MAB-J présentent une proportion nettement plus élevée quant à cette variable (77,8%), ceux-ci ne se démarquent pas de manière statistiquement significative des jeunes ayant un TDC délinquant ($p = 0,057$), ce qui est probablement attribuable au petit nombre de jeunes inclus dans ce groupe.

Tableau 23. Informations sur la violence physique utilisée par les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1) (n = 35)	TDC avec MAB-J (gr. 2) (n = 9)	TDC avec symp. TDAH (gr. 3) (n = 27)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Informations sur la violence physique utilisée (n = 87)				
<i>Envers des personnes autres qu'en autorité</i>	94,3%	88,9%	74,1%	$1 > 3; p \leq 0,05$
<i>Envers des personnes en autorité</i>	37,1%	77,8%	66,7%	$3 > 1; p \leq 0,05$ $(2 > 1; p = 0,57)$
<i>Violence planifiée/proactive</i>	71,4%	44,4%	48,1%	N.S.
<i>Violence non-planifiée/réactive</i>	68,6%	77,8%	77,8%	N.S.

Comme les délinquants sans pathologie associée (DSM-IV), les jeunes avec un TDC délinquant (CBCL) ont commis leur(s) dernier(s) délit(s) violent(s) tant de manière réactive (68,6%) que proactive (71,4%). Pour ce qui est des adolescents ayant un TDC avec une

MAB-J et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH, leur(s) dernier(s) délit(s) violent(s) ont été commis de manière similaire : certains ont été prémédités (44,4% et 48,1% respectivement), mais la plupart ne l'ont pas été (77,8% dans les deux cas). Toutefois, le(s) délit(s) violent(s) des jeunes avec un TDC avec une MAB-J ont été un peu moins réactifs, mais davantage organisés (planifiés) que ceux des délinquants bipolaires (DSM-IV) notés précédemment. Tout en tenant compte du faible nombre de jeunes inclus dans ces deux groupes, ces quelques données, sans que les différences ne soient statistiquement significatives, suggèrent pourtant que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J semblent avoir été capables d'une certaine organisation: ce qui pourrait leur avoir permis de planifier un délit et/ou choisir une victime. Ces informations sur le(s) comportement(s) agressif(s) des jeunes avec un TDC avec une MAB-J ressemblent davantage à ceux identifiés auprès des adolescents bipolaires des recherches reconnus pour être autant prémédités que réactifs (ex. Bierderman *et al.*, 1997; 1999; 2003; Spencer *et al.*, 2001).

4.6 Données sur les antécédents de délinquance non-officielle

Les antécédents de délinquance non-officielle donnent un aperçu des comportements agressifs et antisociaux manifestés par les adolescents au cours de leur vie; c'est-à-dire durant leur enfance (avant l'âge de 10 ans) et leur adolescence (de l'âge de 10 ans jusqu'à un an avant la date de leur admission à l'IPPM). Ces informations ont été recueillies à partir de l'ensemble du dossier du jeune et sont regroupées selon les mêmes catégories ayant servi à présenter les antécédents légaux officiels dans la section précédente. S'y ajoute la catégorie « agressivité envers les animaux ».

La catégorie « infractions relatives aux substances » inclut seulement la délinquance reliée aux substances psychoactives et non celle reliée à l'alcool. Aucun dossier ne rapportait de graves infractions relatives à l'alcool, telles la conduite en état d'ébriété ou la contrebande d'alcool. Il est toutefois possible que des actes délinquants aient été commis alors que le jeune était intoxiqué à l'alcool, mais aucun délit impliquant le produit lui-même n'a été indiqué dans les dossiers légaux par les professionnels ayant intervenu auprès de l'adolescent.

Avant de passer en revue la délinquance non-officielle des adolescents au cours de l'enfance et de l'adolescence, nous ferons un portrait général des antécédents de leur délinquance non-officielle à vie en tenant compte du type de TDC qui les caractérise. Ceux-ci sont résumés dans les tableaux 24 et 25. Puisqu'il n'existe aucune recherche clinique faisant état de la délinquance non-officielle des délinquants, les proportions obtenues pour chaque catégorie seront uniquement comparées entre les types de TDC établis par le DSM-IV et le CBCL dans le cadre de notre étude.

Tableau 24. Antécédents de délinquance non-officielle des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1) (n = 60)	TDC et MAB (gr. 2) (n = 6)	TDC et TDAH (gr. 3) (n = 40)	Fisher's Exact Test
Délinquance non-officielle à vie (n = 106)				
<i>Agressivité envers objets</i>	91,7 %	100 %	92,5 %	N. S.
<i>Violence Verbale</i>	85,0 %	100 %	97,5 %	3 > 1 $p \leq 0,05$
<i>Violence Physique</i>	91,7 %	100 %	92,5 %	N. S.
<i>Agressivité envers animaux</i>	13,3 %	50,0 %	20,0 %	2 > 1 $p \leq 0,05$
<i>Infraction relative aux substances</i>	91,7 %	83,3 %	67,5 %	1 > 3 $p \leq 0,01$
<i>Infraction sexuelle</i>	38,3 %	33,3 %	62,5 %	3 > 1 $p \leq 0,05$

D'après le tableau 24, quatre catégories de délinquance non-officielle affichent des différences statistiquement significatives. En fait, les délinquants hyperactifs ont été proportionnellement plus nombreux à se montrer violents verbalement que les délinquants sans pathologie associée (97,5% vs 85,0% : $p \leq 0,05$) et aussi plus nombreux à s'adonner à des comportements délinquants de nature sexuelle (tout acte pouvant constituer un délit sexuel) que les délinquants sans pathologie associée (62,5% vs 38,3% : $p \leq 0,05$). Les délinquants bipolaires affichent une proportion inférieure (33,3%) à ces derniers quant à variable, mais la différence s'avère être non-statistiquement significative. Par ailleurs, les délinquants bipolaires sont proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée à avoir été agressifs envers les animaux. Pour leur part, les délinquants sans pathologie associée sont en proportion plus nombreux à rapporter des comportements délinquants liés aux substances psychoactives (ex. possession, trafic) que les délinquants hyperactifs (91,7% vs 67,5% : $p \leq 0,01$).

Tableau 25. Antécédents de délinquance non-officielle des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	Fisher's Exact Test
Délinquance non-officielle à vie (n = 106)				
<i>Agressivité envers objets</i>	89,1 %	85,0 %	100 %	3 > 2 $p \leq 0,05$
<i>Violence Verbale</i>	82,6 %	95,0 %	97,5 %	3 > 1 $p \leq 0,05$
<i>Violence Physique</i>	89,1 %	90,0 %	97,5 %	N. S.
<i>Agressivité envers animaux</i>	15,2 %	20,0 %	20,0 %	N. S.
<i>Infraction relative aux substances</i>	93,5 %	75,0 %	33,3 %	1 > 2 $p \leq 0,05$ 1 > 3 $p \leq 0,05$
<i>Infraction Sexuelle</i>	34,8 %	55,0 %	57,5 %	3 > 1 $p \leq 0,05$

D'après le tableau 25, les jeunes présentant un TDC avec des symptômes du TDAH ont été proportionnellement les plus nombreux à rapporter de l'agressivité envers les objets, de la violence verbale et de la violence physique. En effet, ils se démarquent des jeunes ayant un TDC délinquant pour leur proportion élevée de violence verbale (97,5% vs 82,6% : $p \leq 0,05$) et des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J pour leur proportion élevée d'agressivité envers les objets (100% vs 85,0% : $p \leq 0,05$). La délinquance de nature sexuelle est aussi plus fréquente chez les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH que chez les jeunes ayant un TDC délinquant (57,5% vs 34,8% : $p \leq 0,05$). Pour leur part, les jeunes ayant un TDC délinquant rapportent une délinquance liée aux substances supérieure à celle des jeunes avec un TDC avec une MAB-J (93,5% vs 75,0% : $p \leq 0,05$) et à celle des jeunes avec des symptômes du TDAH (93,5% vs 33,3% : $p \leq 0,05$). Pour terminer, la violence physique et l'agressivité envers les animaux ont été commises par une proportion similaire de délinquants de chacun des groupes. Voyons maintenant comment se distribue la délinquance non-officielle des jeunes au cours de leur enfance et de leur adolescence en distinguant les groupes à partir du DSM-IV et du CBCL.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Au cours de leur enfance, c'est-à-dire avant l'âge de dix ans, aucune différence statistiquement significative n'a été notée entre les trois groupes de délinquants identifiés par le DSM-IV. Le tableau 26 fait état des proportions de cette délinquance non-officielle auprès des trois groupes de délinquants identifiés à partir du DSM-IV. Même si la

différence de proportion paraît parfois assez grande, elle ne se révèle jamais statistiquement significative.

Tableau 26. Antécédents de délinquance non-officielle durant l'enfance chez les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1) (n = 60)	TDC et MAB (gr. 2) (n = 6)	TDC et TDAH (gr. 3) (n = 40)	Fisher's Exact Test
Délinquance non-officielle durant l'enfance (n = 106)				
<i>Agressivité envers objets</i>	51,7 %	50,0 %	60,0 %	N. S.
<i>Violence verbale</i>	41,7 %	50,0 %	60,0 %	N. S.
<i>Violence physique</i>	55,0 %	83,3 %	70,0 %	N. S.
<i>Agressivité envers animaux</i>	6,7 %	33,3 %	12,5 %	N. S.
<i>Infraction rel. aux substances</i>	20,0 %	16,7 %	15,0 %	N. S.
<i>Infraction sexuelle</i>	11,7 %	33,3 %	25,0 %	N. S.

Au cours de l'adolescence, c'est-à-dire entre l'âge de dix ans et un an avant la date de l'admission à l'IPPM, aucune différence significative n'est notée quant à la délinquance non-officielle des délinquants bipolaires comparée à celles des autres sous groupes, mais trois catégories de comportements délinquants affichent une différence statistiquement significative entre les délinquants sans pathologie associée et les délinquants hyperactifs. Tel que démontré dans le tableau 27, les délinquants hyperactifs sont proportionnellement plus nombreux à avoir été violents verbalement que les délinquants sans pathologie associée (92,5% vs 70,0% : $p \leq 0,05$), alors que les délinquants bipolaires l'ont été dans une proportion de 83,3% (N.S.). Ensuite, plus de la moitié des délinquants hyperactifs ont rapporté de la délinquance de nature sexuelle, ce qui beaucoup plus élevé que les délinquants sans pathologie associée (55,0% vs 20,0% : $p \leq 0,001$). Même si les délinquants bipolaires s'y seraient adonnés dans une proportion inférieure à ces derniers (16,7%), la différence n'apparaît pas statistiquement significative, ce qui est probablement attribuable au petit nombre de délinquants inclus dans le groupe.

Tableau 27. Antécédents de délinquance non-officielle durant l'adolescence chez les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1) (n = 60)	TDC et MAB (gr. 2) (n = 6)	TDC et TDAH (gr. 3) (n = 40)	Fisher's Exact Test
Délinquance non-officielle durant l'adolescence (n = 106)				
<i>Agressivité envers objets</i>	80,0 %	83,3 %	92,5 %	N. S.
<i>Violence verbale</i>	70,0 %	83,3 %	92,5 %	3 > 1 $p \leq 0,05$
<i>Violence physique</i>	78,3 %	66,7 %	82,5 %	N. S.
<i>Agressivité envers animaux</i>	3,3 %	16,7 %	7,5 %	N. S.
<i>Infraction rel. aux substances</i>	85,0 %	66,7 %	65,0 %	1 > 3 $p \leq 0,05$
<i>Infraction sexuelle</i>	20,0 %	16,7 %	55,0 %	3 > 1 $p \leq 0,001$

Toujours en se référant au tableau 27, les délinquants sans pathologie associée s'avèrent proportionnellement plus nombreux que les délinquants hyperactifs à afficher de la délinquance relative aux substances (85,0% vs 65,0% : $p \leq 0,05$) et même si les délinquants bipolaires présentent une proportion similaire à ces derniers (66,7%), la différence dans ce cas ne se révèle pas statistiquement significative. Enfin, aucune différence significative entre les jeunes des trois groupes n'a été soulignée concernant la délinquance non-officielle à l'adolescence dans les catégories de violence physique, d'agressivité envers les objets et envers les animaux.

TDC identifié à partir du CBCL

Contrairement aux groupes de délinquants identifiés sur la base du DSM-IV, plusieurs différences significatives sont notées entre ceux constitués à partir du CBCL pour ce qui est de la délinquance commise au cours de l'enfance. Tel que noté dans le tableau 28, les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH affichent des proportions significativement supérieures à ceux des jeunes ayant un TDC délinquant dans quatre des six catégories de délinquance non-officielle. Ainsi, les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH paraissent avoir été plus violents au verbalement (60,0% vs 34,8% : $p \leq 0,05$), plus violents physiquement (80,0% vs 43,5% : $p \leq 0,001$), plus agressifs envers les objets (70,0% vs 39,1% : $p \leq 0,01$) et plus nombreux à avoir manifesté une délinquance de nature sexuelle (30,0% vs 8,7% : $p \leq 0,05$) que les jeunes présentant un TDC délinquant. Pour leur part, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J ne présentent aucune différence statistiquement significative par rapport aux deux autres groupes.

Tableau 28. Antécédents de délinquance non-officielle durant l'enfance chez les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	Fisher's Exact Test
Délinquance non-officielle durant l'enfance (n = 106)				
<i>Agressivité envers objets</i>	39,1 %	60,0 %	70,0 %	3 > 1 $p \leq 0,01$
<i>Violence verbale</i>	34,8 %	60,0 %	60,0 %	3 > 1 $p \leq 0,05$
<i>Violence physique</i>	43,5 %	70,0 %	80,0 %	3 > 1 $p \leq 0,001$
<i>Agressivité envers animaux</i>	10,9 %	5,0 %	12,5 %	N. S.
<i>Infraction rel. aux substances</i>	19,6 %	5,0 %	22,5 %	N. S.
<i>Infraction sexuelle</i>	8,7 %	15,0 %	30,0 %	3 > 1 $p \leq 0,05$

Au cours de l'adolescence, la moitié des catégories de délits présentent des différences statistiquement significatives entre les trois groupes de délinquants et il s'avère qu'il s'agit des mêmes catégories que pour les groupes dont le TDC est distingué par le DSM-IV pour cette même période. Le tableau 29 révèle que les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH sont proportionnellement plus nombreux à avoir manifesté de la violence verbale (92,5% vs 67,4% : $p \leq 0,01$) et plus nombreux à avoir commis une délinquance de nature sexuelle (45,0% vs 21,7% : $p \leq 0,05$) que les jeunes ayant un TDC délinquant. Quarante-vingts pourcent des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J ont été violents verbalement et trente-cinq pourcent ont adopté des comportements délinquants de nature sexuelle.

Tableau 29. Antécédents de délinquance non-officielle durant l'adolescence chez les adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	Fisher's Exact Test
Délinquance non-officielle durant l'adolescence (n = 106)				
<i>Agressivité envers objets</i>	80,4 %	80,0 %	92,5 %	N. S.
<i>Violence verbale</i>	67,4 %	80,0 %	92,5 %	3 > 1 $p \leq 0,01$
<i>Violence physique</i>	76,1 %	75,0 %	85,0 %	N. S.
<i>Agressivité envers animaux</i>	4,3 %	10,0 %	5,0 %	N. S.
<i>Infraction rel. aux substances</i>	91,3 %	60,0 %	67,5 %	1 > 2 $p \leq 0,01$; 1 > 3 $p \leq 0,01$
<i>Infraction sexuelle</i>	21,7 %	35,0 %	45,0 %	3 > 1 $p \leq 0,05$

Toujours en lien avec le tableau 29, les jeunes ayant un TDC délinquant sont significativement plus nombreux que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (91,3% vs 60,0% : $p \leq 0,01$) et les jeunes ayant des symptômes du TDAH (91,3% vs 67,5% : $p \leq 0,01$) à avoir présenté de la délinquance reliée aux substances. Pour terminer, des proportions similaires de délinquants des trois groupes ont rapporté avoir commis de la violence physique, de l'agressivité envers les objets et les animaux.

4.7 Données familiales

La section sur les données familiales apporte quelques informations sur la cellule familiale des adolescents et donne aussi un aperçu des problématiques rencontrées par leurs parents. Combinées, ces informations permettent d'apprécier l'environnement familial dans lequel les adolescents ont grandi. La plupart des données sont colligées à partir des rapports fournis par la Direction de la protection de la jeunesse, mais aussi auprès de l'adolescent lui-même et ses parents, lorsqu'il a été possible de les rencontrer. Les résultats présentés dans cette section sont essentiellement descriptifs.

4.7.1 La cellule familiale des adolescents et les problématiques parentales

Nous avons analysé deux caractéristiques familiales les plus fréquemment rapportées dans l'évaluation psychiatrique des adolescents, soit la séparation des parents et l'âge du jeune au moment de la séparation.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Presque tous les parents (90,0%) des délinquants hyperactifs sont séparés ou divorcés, ce qui est significativement supérieur aux parents des délinquants sans pathologie associée (90,0% vs 71,7% : $p \leq 0,05$) et aux délinquants bipolaires (90,0% vs 33,3% : $p \leq 0,01$). Cette observation n'est toutefois pas notée dans les recherches cliniques de Biederman et coll. (1997; 1999) et Wozniak et coll. (2001).

Pour la plupart des délinquants, la séparation de leurs parents est survenue au moment où ils étaient encore très jeunes. En fait, l'âge moyen au moment de cette séparation se situe à trois ans et demi pour les délinquants bipolaires (É.T. 2,1), cinq ans et un mois pour les délinquants hyperactifs (É.T. 4,4) et à cinq ans et 3 mois pour les délinquants sans

pathologie associée (É.T. 4,6). Les variances sont étendues et seulement deux délinquants bipolaires sur six ont vu leurs parents se séparer, ce qui est le nombre minimal requis pour calculer une moyenne.

TDC identifié à partir du CBCL

Contrairement à ce qui est observé chez les délinquants dont le TDC est identifié sur la base du DSM, aucune différence n'est notée quant à la proportion de parents séparés/divorcés, et ce, qu'il soit question des jeunes ayant un TDC délinquant (73,9%), un TDC avec une MAB-J (80,0%) ou un TDC avec des symptômes du TDAH (77,5%). Cette observation est congruente avec les recherches cliniques, mais les proportions notées dans notre étude sont beaucoup plus élevées que celles de ces recherches qui oscillent entre 31% et 52% (Biederman et al., 1997; 1999; Wozniak et al., 2001). La cellule familiale des délinquants de notre échantillon ne serait donc pas aussi cohésive que celle des jeunes des recherches cliniques. Pour ce qui est de l'âge moyen du jeune à la séparation des parents, les moyennes paraissent similaires à celles obtenues auprès des délinquants identifiés à partir du DSM-IV. Sans qu'il n'y ait de différence statistiquement significative entre les groupes, on note tout de même que les parents des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J tendent à se séparer plus précocement dans la vie du jeune (3,7; É.T. 2,7) que ceux des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (5,3; É.T. 4,9) et ceux des jeunes ayant un TDC délinquant (5,7; É.T. 4,7).

4.7.2 Les problématiques parentales

Les données relatives à six problématiques parentales ont été recueillies, c'est-à-dire la négligence parentale, les troubles liés à la consommation d'alcool et substances psychoactives, la commission de suicide et/ou de tentatives de suicide, la présence d'antécédents criminels et de troubles psychiatriques (ex. trouble de l'humeur). Les résultats affichent cette fois plusieurs différences significatives pour les parents des délinquants distingués par le DSM-IV, alors qu'une seule se révèle statistiquement significative chez les délinquants dont le TDC est identifié par le CBCL. Aucune recherche clinique n'a étudié la négligence parentale, les troubles liés à la consommation d'alcool ou la commission d'un suicide et/ou de tentative de suicide chez les parents, ce qui fait que nos résultats ne peuvent être comparés à ceux d'études précédentes.

TDC identifié à partir du DSM-IV

La négligence paternelle est rencontrée chez la moitié des pères des délinquants hyperactifs, ce qui est nettement supérieur aux pères des délinquants bipolaires pour qui cette problématique n'est jamais noté (50,0% vs 0% : $p \leq 0,05$) et ceux des délinquants sans pathologie associée (50,0% vs 38,3% : $p \leq 0,05$). Les mères des délinquants hyperactifs paraissent aussi proportionnellement plus nombreuses à se montrer négligentes que les mères des délinquants sans pathologie associée (55,0% vs 18,3% : $p \leq 0,001$) et celles des délinquants bipolaires (55,0% vs 16,7% : N.S.).

La consommation problématique d'alcool est peu fréquente chez les parents des délinquants bipolaires (16,7%). Les mères des délinquants sans pathologie associée sont aussi peu nombreuses à souffrir de ce trouble (15%), tandis que chez les pères, ce taux est presque trois fois plus élevé (41,7%). Chez les délinquants hyperactifs, près du quart des mères (22,5%) et plus de la moitié des pères (52,5%) présentent une consommation problématique d'alcool. Les différences notées ne s'avèrent toutefois pas statistiquement significatives.

La consommation problématique de substances psychoactives autres que l'alcool touche près de la moitié des pères des délinquants hyperactifs, ce qui significativement plus élevé que pour ceux des délinquants sans pathologie associée (52,5% vs 25,0% : $p \leq 0,05$) et des délinquants bipolaires (52,5% vs 0% : $p \leq 0,05$). Les mères des délinquants hyperactifs sont en proportion plus nombreuses que celles des délinquants sans pathologie associée (37,5% vs 11,7% : $p \leq 0,01$) et celles des délinquants bipolaires (37,5% vs 0% : N.S.) à présenter ce trouble.

En lien avec les troubles liés à la consommation de substances psychoactives, Biederman et coll. (1997) indiquent que les parents des délinquants bipolaires présentent des proportions significativement plus élevées que les délinquants sans pathologie associée (52% vs 18% : $p \leq 0,05$) et les jeunes hyperactifs (sans TDC) (52% vs 17% : $p \leq 0,01$). Cette proportion élevée n'est pas notée chez les parents des délinquants bipolaires, mais plutôt chez des parents de délinquants hyperactifs. Ces derniers présentent à nouveau les mêmes caractéristiques que les délinquants bipolaires des recherches cliniques antérieures, ce qui laisse croire que plusieurs délinquants pourraient présenter une MAB, mais qu'un TDAH

aurait été identifié, ce qui les aurait ainsi mené à être classés dans le groupe des délinquants hyperactifs. Tel que reconnu par d'autres chercheurs, il est possible que la MAB n'ait pas été identifiée par les cliniciens qui auraient plutôt diagnostiqué un TDAH.

Les antécédents criminels sont davantage rencontrés chez les pères que chez les mères. Cela dit, près de la moitié des pères des délinquants hyperactifs ont un dossier criminel (45,0%), alors qu'environ le quart (26,7%) des pères des délinquants sans pathologie associée en ont un. Pour leur part, les mères des délinquants hyperactifs sont significativement plus nombreuses que celles des délinquants sans pathologie associée (12,5% vs 1,7% : $p \leq 0,05$) à avoir des antécédents criminels. Aucun parent de délinquant bipolaire n'en présente, mais ce résultat ne suffit pas à les distinguer significativement sur une base statistique des autres groupes. Ceci est complètement à l'opposé des résultats des recherches cliniques (Bierderman et *al.*, 1997; 2003; Wozniak et *al.*, 2001) qui se sont penchées sur cette caractéristique. Celles-ci indiquent que les parents des délinquants bipolaires affichent des taux de troubles antisociaux (trouble de personnalité antisociale et trouble des conduites) beaucoup plus élevés que les parents des délinquants sans pathologie associée. Encore une fois, ces résultats élevés sont notés chez les parents des délinquants hyperactifs et non chez les parents des délinquants bipolaires, ce qui laisse croire que certains délinquants hyperactifs pourraient présenter une MAB (typique ou atypique) non diagnostiquée en association à leur TDAH.

Les antécédents psychiatriques paternels (9,4% : 10 cas) et maternels (19,8% : 21 cas) n'affichent aucune différence significative entre les groupes et la majorité des troubles révélés par les parents sont des troubles de l'humeur (pères 6/10 cas; mères 19/21 cas)²⁵. Au total, quatre parents présentent une maladie affective bipolaire (4/31), vingt-et-un rapportent un épisode de dépression majeure (21/31) et six ont un autre diagnostic (ex. schizophrénie/ trouble de personnalité; 6/31).

En se concentrant seulement sur les troubles de l'humeur, douze parents de délinquants sans pathologie associée auraient souffert d'un épisode dépressif majeur et un seul a reçu

²⁵ Antécédents psychiatriques chez les parents : trois pères (5,0%) et dix mères (16,7%) de délinquants sans pathologie associée; un père (16,7%) et deux mères (33,3%) de délinquants bipolaires; six pères (15,0%) et neuf mères (22,5%) de délinquants hyperactifs.

un diagnostic de MAB (10,8% : 13 cas). Parmi les parents des délinquants bipolaires, trois ont affirmé avoir eu un épisode dépressif majeur (25%), alors que chez les parents des délinquants hyperactifs, six ont confirmé avoir présenté un épisode dépressif majeur et trois souffrent d'une MAB (22,3%).

Nos résultats sont différents et moins élevés que ceux de Biederman et coll. (1997) qui est une des seules recherches à avoir investigué les antécédents psychiatriques des parents des jeunes pouvant présenter un TDC et une MAB. Dans cette recherche, les parents des délinquants bipolaires sont comparés à des parents de jeunes hyperactifs (sans TDC). Ces chercheurs ont noté que les parents des délinquants bipolaires présentent des proportions de MAB (52% vs 27% : $p \leq 0,05$) et de dépression majeure (10% vs 1% : $p \leq 0,05$) significativement plus élevées que ceux des jeunes hyperactifs. Étonnamment, dans notre échantillon, aucun parent de délinquants bipolaires ne souffrirait d'une MAB alors que le quart admet avoir eu un épisode dépressif majeur (25%). Notons que peu de parents de délinquants hyperactifs présentent ce type de pathologie : moins de cinq pourcent (3,8%) présentent une MAB et moins de dix pourcent (7,5%) avouent avoir souffert d'un épisode dépressif. Dix pourcent des parents de délinquant sans pathologie associée confient avoir eu une dépression majeure au cours de leur vie alors que moins d'un pourcent aurait reçu un diagnostic de MAB.

Wozniak et coll. (2001) ne rapportent aucune différence significative entre les délinquants bipolaires (14%) et les délinquants sans pathologie associée (9%) quant à la présence de MAB dans la famille immédiate des délinquants. Puisque cette recherche concerne plus que seulement les parents du jeune, la comparaison avec notre étude est difficile à faire.

Les tentatives de suicide et/ou les suicides complétés affichent deux différences statistiquement significatives chez les parents des jeunes dont le TDC est diagnostiqué à partir du DSM-IV. Les pères des délinquants bipolaires apparaissent ainsi proportionnellement plus nombreux que ceux des délinquants hyperactifs (33,3% vs 0% : $p \leq 0,05$) et ceux des délinquants sans pathologie associée (33,3% vs 8,3% : N.S.) à avoir commis un suicide ou une tentative de suicide dans le passé. Pour leur part, les mères des délinquants hyperactifs paraissent avoir été en proportion plus nombreuses que celles des

délinquants sans pathologie associée (15,0% vs 1,7% : $p \leq 0,05$) et celles des délinquants bipolaires (15% vs 0% : N.S.) à avoir commis un suicide ou une tentative de suicide.

TDC identifié à partir du CBCL

Avant de poursuivre, il importe de mentionner qu'une particularité est notée entre un groupe de délinquants du DSM-IV et un groupe de délinquants du CBCL : les parents des jeunes délinquants hyperactifs affichent les proportions les plus élevées pour la plupart des problématiques parentales examinées, ce qui est aussi le cas des parents des jeunes présentant un TDC avec une MAB-J et non pour les parents des jeunes ayant un TDC associé à des symptômes du TDAH.

La négligence maternelle est le seul résultat affichant une différence significative entre les groupes de délinquants. En fait, les mères des jeunes ayant un TDC délinquant apparaissent comme étant proportionnellement beaucoup moins nombreuses à s'être montrées négligentes envers leur enfant que les mères des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (17,4% vs 45,0% : $p \leq 0,05$) et celles des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (17,4% vs 42,5% : $p \leq 0,05$). Du côté des pères, entre 35,0% et 43,5%, selon le sous-groupe de délinquants, sont considérés avoir été négligents envers leur enfant. Les mères et les pères des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J sont très nombreux à avoir été négligents envers leur enfant (16/40), alors qu'il n'y en n'avait qu'un seul (1/12) chez les délinquants bipolaires (DSM-IV).

La consommation problématique d'alcool touche entre 37,5% et 60,0% des pères et entre 13,0% et 25,0% des mères de l'ensemble des jeunes dans notre étude. Les proportions les plus élevées sont rencontrées chez les pères (12/40) et les mères (5/40) des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J, alors qu'il n'y avait qu'un père et une mère de délinquants bipolaires (DSM-IV) qui présentaient cette problématique.

La prévalence des troubles liés à la consommation de substances psychoactives varient entre 23,9% et 40,0% chez les pères et entre 10,9% et 30,0% chez les mères. Encore une fois, les proportions les plus élevées sont rencontrées chez les parents des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (14/40), alors qu'il n'y a aucun cas noté chez les parents des délinquants bipolaires (DSM-IV). Bien que ces résultats ne soient pas statistiquement

significatifs, ils sont néanmoins congruents avec ceux de Biederman et coll. (1997). Tels que mentionné précédemment, leurs résultats révélèrent que les parents des délinquants bipolaires étaient proportionnellement plus nombreux que ceux des délinquants sans pathologie associée et ceux des jeunes hyperactifs (sans TDC) à présenter un trouble lié à la consommation de substances psychoactives.

Des antécédents criminels sont présents chez entre 28,3% et 37,5% des pères et entre 2,2% et 10% des mères des jeunes selon le sous-groupe auxquels ils appartiennent. Aucun parent de délinquants bipolaires (DSM-IV) ne présente ce type d'antécédents, alors que les mères des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J présentent la proportion la plus élevée (10% : équivalent au groupe TDC avec des symptômes du TDAH), tandis que les pères des mêmes jeunes affichent la seconde proportion la plus élevée (30%). Donc, dans notre étude, les proportions de ceux qui possèdent des antécédents judiciaires varient de moins de dix pourcent entre les pères et entre les mères de l'ensemble des sous-groupes des jeunes participant à notre étude. Il est dès lors difficile d'établir une comparaison avec les résultats de la recherche de Biederman et coll. (1997) qui affichent une différence de plus de 40% entre la proportion des parents des délinquants bipolaires et ceux des jeunes hyperactifs (sans TDC) possédant des antécédents judiciaires.

Des antécédents psychiatriques sont présents chez les pères dans une proportion variant entre 6,5% et 15,0% (10 cas) et chez entre 17,4% et 25% des mères (21 cas). Aucune différence significative n'est notée entre les sous-groupes de jeunes participants à l'étude et la plupart des antécédents répertoriés sont des troubles de l'humeur comme on l'a vu plus tôt. Pour être plus précis, dix parents de jeunes ayant un TDC délinquant ont affirmé avoir souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de leur vie et un seul a été diagnostiqué avec une MAB (12,0% : 11 cas). Chez les parents des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J, six ont présentés une dépression majeure et un souffre d'une MAB (17,5% : 7 cas), tandis que chez les parents des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH, cinq ont été diagnostiqués avec une dépression majeure et deux avec une MAB (8,8% : 7 cas). Notons que, tout comme chez parents des délinquants bipolaires (DSM-IV), ce sont les pères et les mères des jeunes présentant un TDC avec une MAB-J qui affichent la proportion la plus élevée de troubles de l'humeur (N.S.).

En lien avec les antécédents de troubles de l'humeur, Biederman et coll. (1997) ont conclu que les parents des délinquants bipolaires présentent une MAB (52% vs 27% : $p \leq 0,05$) ou un épisode de dépression majeure dans des proportions significativement plus élevés que ceux des jeunes hyperactifs (sans TDC) (10% vs 1% : $p \leq 0,05$). Chez les parents des jeunes avec un TDC avec une MAB-J, un seul souffre d'une MAB (2,5%) et six ont présenté un épisode dépressif majeur (15%) au cours de leur vie.

Ainsi, chez l'ensemble des parents de notre étude, tant ceux des jeunes délinquants dont les groupes sont formés par le DSM-IV que ceux formés par le CBCL, les proportions obtenues pour ces deux troubles de l'humeur présents chez les parents sont à l'opposé de ceux obtenus par Biederman et coll. (1997) : peu de parents présentent une MAB, alors que plusieurs ont souffert d'une dépression majeure.

Enfin, entre 5% et 10% des pères et entre 2,2% et 10% des mères des jeunes de notre étude se sont suicidés ou ont commis une tentative de suicide au cours de leur vie. Alors que les pères des délinquants bipolaires (DSM-IV) avaient le taux le plus élevé (33%) et leurs mères le taux le plus bas (0%) de tentatives ou des suicides réussis, c'est chez les parents des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J qu'on trouve les proportions les plus élevées (10%). Du côté des mères, cette proportion est toutefois équivalente à celle des mères des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH.

4.8 Données relationnelles familiales et sociales

Cette partie présente brièvement certaines caractéristiques relatives au mode relationnel des adolescents avec les membres de leur famille, les personnes de leur entourage et les pairs délinquants. La majorité des données proviennent du rapport psychiatrique de l'IPPM produit suite à leur évaluation et des notes d'observation des membres du personnel de l'unité. Encore ici, très peu de recherches cliniques réalisées auprès des jeunes s'intéressent aux relations avec leur entourage. Cette section est donc davantage descriptive puisqu'il est, règle générale, impossible de comparer nos données avec celles d'autres chercheurs, celles-ci, à notre connaissance, n'existant pas.

4.8.1 Les relations des délinquants avec leur famille immédiate

Les données sur les relations familiales sont les seules qui n'indiquent aucune différence significative entre les groupes de jeunes à l'étude. Les délinquants sont généralement que les autres délinquants à avoir une relation active avec leur mère, suivi de leur fratrie et leur père.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Entre 54,4% et 84,2% des délinquants sans pathologie associée sont en contact avec les différents membres de leur famille (père, mère et fratrie) et, parmi ceux-ci, entre la moitié et les deux-tiers entretiennent une relation qualifiée d'harmonieuse (54,2% à 67,7%). Les délinquants hyperactifs sont entre 53,8% et 76,3% à être en contact avec les membres de leur famille, mais seulement entre 48,3% et 68,2% seraient en bons termes avec eux. Enfin, les délinquants bipolaires sont proportionnellement les plus nombreux à avoir une relation active et à bien s'entendre avec leur famille. Plus des trois-quarts des jeunes sont en contact avec leurs parents et leur fratrie (75,0% à 83,3%) et tous avouent avoir une relation agréable avec eux.

Étonnamment, les résultats obtenus auprès des délinquants bipolaires sont complètement différents des recherches cliniques ayant investigué les relations de ces jeunes avec les membres de leur famille. En effet, Biederman et coll. (1999) ne rapportent aucune différence entre les délinquants sans pathologie associée et les délinquants bipolaires présentant des conflits familiaux. De leur côté, Faraone et coll. (1997b) ont noté que les jeunes bipolaires (sans TDC) sont plus nombreux que les jeunes hyperactifs (sans TDC) à avoir des problèmes relationnels avec leur fratrie et leurs parents. Enfin, Geller et coll. (2002) ont constaté que les jeunes bipolaires (sans TDC) ont généralement une pauvre relation avec leur fratrie et des relations conflictuelles avec leurs parents. Contrairement à nos résultats, ceux issus de ces recherches sont congruents avec les symptômes manifestés par les jeunes bipolaires et les conséquences que ces symptômes (ex. irritabilité constante, impulsivité et agressivité) sont susceptibles d'avoir sur les interactions entre ces jeunes et leur entourage.

Il est possible que nos résultats puissent être reliés aux caractéristiques familiales des délinquants bipolaires (voir section 4.7). En effet, dans notre échantillon, la famille des

délinquants bipolaires est celle qui est la plus intacte, c'est-à-dire que leurs parents d'origine sont encore ensemble. Outre les troubles de l'humeur, ces familles sont aussi celles qui rencontrent le moins de difficultés, telles la négligence parentale, la présence d'antécédents criminels, ou encore de troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives.

TDC identifié à partir du CBCL

Entre 53,3% et 86,4% des jeunes ayant un TDC délinquant sont en contact avec les membres de leur famille (père, mère et fratrie) et près des deux-tiers entretiennent une relation harmonieuse avec eux (59,1% à 66,7%). Du côté des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH, entre 62,9% et 73,7% sont en relation avec leur père, leur mère et leur fratrie et ils seraient entre 46,4% et 72,7% à avoir de bons contacts avec eux. Ces deux groupes affichent des résultats assez similaires à ceux obtenus pour les délinquants sans pathologie associée et les délinquants hyperactifs (DSM-IV). Pour ce qui est du groupe des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J, ils sont entre 45,0% et 84,2% à être en relation avec les membres de leur famille et, parmi ces jeunes, entre 66,7% et 80% à bien s'entendre avec leur famille. Comparés aux délinquants bipolaires (DSM-IV), les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J seraient donc en proportion moins nombreux à entretenir des contacts avec leur famille et leurs relations seraient beaucoup moins agréables.

4.8.2 Les relations sociales entretenues par les jeunes délinquants

Dans cette partie et la suivante, les données concernant les relations sociales des jeunes avec leurs pairs et avec les personnes en situation d'autorité ayant été colligées au cours de la période d'évaluation seront mentionnées. D'un dossier à l'autre, les mêmes termes sont généralement utilisés pour identifier les comportements et/ou les attitudes adoptées par les adolescents dans les diverses situations auxquelles ils sont confrontés. Ces qualificatifs décrivent ainsi les relations quotidiennes des jeunes et sont identifiées par les quatre catégories suivantes: l'adolescent est adéquat, retiré (isolé/solitaire), rejeté (exclu) et/ou conflictuel (provocateur). Puisqu'en général les jeunes n'adoptent pas seulement une attitude ou un comportement, plusieurs caractéristiques ont été notées pour un même adolescent.

TDC identifié à partir du DSM-IV

La plupart des délinquants sans pathologie associée sont qualifiés soit de retirés (48,3%) et/ou d'adéquats (45,0%) avec leurs pairs. Un peu plus du tiers d'entre eux ont été reconnus comme étant conflictuels à l'endroit des autres jeunes, ce qui est nettement inférieur aux délinquants bipolaires (35,0% vs 83,3% : $p \leq 0,05$) et aux délinquants hyperactifs (35,0% vs 67,5% : $p \leq 0,01$). On note rarement qu'ils sont rejetés, ce qui est également inférieur aux délinquants bipolaires (18,3% vs 83,3% : $p \leq 0,01$) et aux délinquants hyperactifs (18,3% vs 57,5% : $p \leq 0,001$).

Selon les notes inscrites au dossier, les délinquants bipolaires adopteraient des comportements bien différents de ceux des délinquants hyperactifs et des délinquants sans pathologie associée. En fait, aucun d'entre eux n'a été qualifié d'adéquat avec les autres jeunes, ce qui est nettement inférieur aux délinquants hyperactifs (0% vs 52,5% : $p \leq 0,05$). La moitié des délinquants bipolaires sont plutôt qualifiés de retirés, ce qui constitue le taux le plus élevé sans toutefois être statistiquement significatif. D'un autre côté, les délinquants bipolaires se démarquent des délinquants sans pathologie associée pour leur tendance à être rejetés (83,3% vs 18,3% : $p \leq 0,01$) par les autres adolescents de l'unité. Cela pourrait être attribuable au fait que presque tous les délinquants bipolaires ont des relations conflictuelles, ce qui est beaucoup plus élevé que les délinquants sans pathologie associée (83,3% vs 35,0% : $p \leq 0,05$) et les délinquants hyperactifs (83,3% vs 67,5% : $p \leq 0,01$).

Faraone et coll. (1997b) avaient noté des difficultés relationnelles plus sévères chez les jeunes bipolaires que chez les jeunes hyperactifs. Bien que les jeunes dans cette étude ne présenteraient pas un TDC, il reste que ces résultats se comparent aux nôtres pour ce qui est des problèmes relationnels rencontrés chez les délinquants bipolaires qui sont supérieurs à ceux notés chez les délinquants hyperactifs. De leur côté, Pavuluri, Birmaher et Naylor (2005) suggèrent que les jeunes bipolaires pourraient surévaluer la colère et l'hostilité chez leurs pairs ce qui pourrait les mener à vivre des difficultés relationnelles avec ceux-ci. Cette affirmation est congruente avec le mode relationnel observé chez les délinquants bipolaires de notre étude qui ne seraient jamais adéquats avec les autres jeunes se montrant fort conflictuels et étant souvent rejetés.

Comme les délinquants bipolaires, les délinquants hyperactifs paraissent rencontrer de nombreuses difficultés relationnelles. Un peu plus de la moitié des délinquants hyperactifs sont considérés adéquats, ce qui est beaucoup plus élevé que pour les délinquants bipolaires (52,5% vs 0% : $p \leq 0,05$). Les deux-tiers sont curieusement aussi qualifiés de conflictuels, ce qui est supérieur aux délinquants sans pathologie associée (67,5% vs 35,0% : $p \leq 0,01$), mais inférieur aux délinquants bipolaires (67,5% vs 83,3% : $p \leq 0,01$). Ils semblent par ailleurs chercher le contact avec les autres, car seul le tiers (32,5%) des délinquants hyperactifs sont dits retirés, ce qui constitue le pourcentage le plus faible parmi les trois groupes. Par contre, près de soixante pourcent d'entre eux sont rejetés par les autres jeunes, ce qui est beaucoup plus élevé que pour les délinquants sans pathologie associée (57,5% vs 18,3% : $p \leq 0,001$).

TDC identifié à partir du CBCL

La moitié des jeunes ayant un TDC délinquant sont considérés adéquats (50,0%) et/ou retirés (45,7%) avec leurs pairs par les intervenants qui les évaluent. Seulement le tiers d'entre eux sont jugés conflictuels au cours de leur évaluation, ce qui est inférieur aux jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (32,6% vs 75,0% : $p \leq 0,01$) et aux jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (32,6% vs 57,5% : $p \leq 0,05$). Peu sont rejetés par leurs pairs, ce qui est aussi nettement inférieur aux jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (13,0% vs 65,0% : $p \leq 0,001$) et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (13,0% vs 50,0% : $p \leq 0,001$). Leur mode relationnel paraît ainsi très similaire à celui des délinquants sans pathologie associée (DSM-IV).

Les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J sont ceux jugés inadéquats dans leurs contacts avec d'autres jeunes dans la plus grande proportion (35,0%). Comme les délinquants bipolaires (DSM-IV), ils sont plus couramment que les jeunes ayant un TDC délinquant reconnus pour être conflictuels (75,0% vs 32,6% : $p \leq 0,01$) et fréquemment rejetés (65,0% vs 13,0% : $p \leq 0,001$) par leur pairs. La moitié des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J est retirée (50%), ce qui représente exactement la même proportion que pour les délinquants bipolaires (DSM-IV). Donc, les relations des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J avec leurs pairs paraissent problématiques, sans toutefois qu'elles soient aussi sévères que celles des délinquants bipolaires (DSM-IV), ces derniers n'étant jamais considérés adéquats, presque toujours en conflit et rejetés par les autres.

Les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH affichent un profil similaire à celui des délinquants hyperactifs (avec des pourcentages variant tous de moins de 12,5%). Les relations entretenues par près de la moitié d'entre eux avec leur entourage sont jugées adéquates (45,0%) et ils sont ceux qui sont les moins retirés (35,0%) parmi les trois groupes, ce qui indique qu'ils semblent rechercher le contact avec les autres. Ils sont toutefois, davantage que les jeunes présentant un TDC délinquant considérés, comme étant rejetés par leurs pairs (50,0% vs 13,0% : $p \leq 0,001$) et conflictuels (57,5% vs 32,6% : $p \leq 0,05$).

4.8.3 Les relations sociales entretenues avec les personnes en position d'autorité

Cette section aborde maintenant les relations entretenues par les jeunes avec les personnes en autorité (ex. enseignant, éducateur, intervenant ou policier). Les quatre caractéristiques ayant servi à décrire les relations des jeunes délinquants examinées dans la section précédente, à savoir : adéquat, rejeté, retiré ou conflictuel, ont été reprises pour qualifier les relations entretenues par les jeunes avec ces personnes.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Les relations avec les personnes en situation d'autorité sont jugées adéquates pour 40% des délinquants sans pathologie associée, et retirées pour un peu plus de soixante pourcent d'entre eux, ce qui est supérieur aux délinquants hyperactifs (63,3% vs 35,0% : $p \leq 0,01$). Ces relations sont considérées conflictuelles pour un plus petit nombre (28,3%), ce qui est inférieur aux délinquants bipolaires (28,3% vs 83,3% : $p \leq 0,05$) et aux délinquants hyperactifs (28,3% vs 67,5% : $p \leq 0,001$). Malgré cela, peu d'entre eux seraient rejetés par les personnes en situation d'autorité, ce qui est significativement inférieur aux délinquants bipolaires (13,3% vs 66,7% : $p \leq 0,01$) et aux délinquants hyperactifs (13,3% vs 50,0% : $p \leq 0,001$).

Les relations des délinquants bipolaires avec les personnes en autorité paraissent similaires à celles observées avec leurs pairs, c'est-à-dire que pour aucun d'entre eux celles-ci ne sont considérées inadéquates malgré que la plupart (66,7%) semble éviter le contact faisant qu'on les qualifie de retirés. Ils se démarquent des délinquants sans pathologie associée par leur tendance à être conflictuels (83,3% vs 28,3% : $p \leq 0,05$) et se faire rejeter (66,7% vs 13,3% : $p \leq 0,01$) par les personnes en autorité.

Les délinquants hyperactifs rencontrent des difficultés relationnelles avec les personnes en autorité, même si, pour près de quarante pourcent d'entre eux (38,7%) celles-ci sont qualifiées d'adéquates. Comme avec leurs pairs, les délinquants hyperactifs semblent chercher à être en relation avec les personnes en autorité, car peu d'entre eux sont considérés retirés, ce qui est nettement inférieur aux délinquants sans pathologie associée (35,0% vs 63,3% : $p \leq 0,01$). Néanmoins, les deux-tiers sont dits conflictuels (67,5% vs 28,3% : $p \leq 0,001$) et on note que la moitié d'entre eux tendent à être rejetés (50,0% vs 13,3% : $p \leq 0,001$), ce qui est, dans les deux cas, beaucoup plus élevé que les délinquants sans pathologie associée.

TDC identifié à partir du CBCL

Les jeunes ayant un TDC délinquant adoptent des attitudes et des comportements similaires aux délinquants sans pathologie associée (DSM-IV) selon l'évaluation qu'en font les intervenants. Ainsi, la majorité d'entre eux (63,0%) sont considérés comme ayant une attitude retirée ou, pour près de la moitié (45,7%), adéquate avec les personnes en autorité. Seulement un peu plus du quart d'entre eux sont considérés conflictuels, ce qui est inférieur aux jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (26,1% vs 75,0% : $p \leq 0,001$) et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (26,1% vs 55,0% : $p \leq 0,01$). Ces trois caractéristiques peuvent expliquer qu'ils soient rarement rejetés par les personnes en autorité, comparativement aux jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (8,7% vs 55,0% : $p \leq 0,001$) et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (8,7% vs 42,5% : $p \leq 0,001$).

Sans que les différences observées soient statistiquement significatives, on note qu'un peu plus du tiers (35,0%) des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J entretiendraient des relations adéquates avec les personnes en autorité alors que près de la moitié sont considérés comme étant en retrait (45,0%). Les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J semblent avoir de meilleures relations avec les personnes d'autorité, c'est-à-dire qu'on les juge en plus grande proportion comme étant adéquats (35%) et un peu moins retirés que les délinquants bipolaires (DSM-IV). Lorsqu'ils sont comparés aux jeunes ayant un TDC délinquant, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J s'avèrent être proportionnellement plus nombreux à avoir des relations conflictuelles (75,0% vs 26,1% : $p \leq 0,001$), en plus d'être plus fréquemment rejetés (55,0% vs 8,7% : $p \leq 0,001$) par les personnes en autorité.

Chez les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH, seul le tiers (32,5%) est jugé avoir des relations adéquates avec les personnes en autorité et près de la moitié (45,0%) être retirés. Les proportions dans les deux cas sont quasiment identiques à celles observées chez les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J. Ils semblent aussi plus enclins que les jeunes ayant un TDC délinquant à avoir des relations conflictuelles avec des personnes en autorité (55,0% vs 26,1% : $p \leq 0,01$) et à être rejetés par celles-ci (42,5% vs 8,7% : $p \leq 0,001$). En somme, le mode relationnel des adolescents de ce groupe se révèle très similaire à celui observé chez les délinquants hyperactifs (DSM-IV).

4.8.4 Les relations entretenues avec des pairs délinquants

Les relations entretenues avec des pairs délinquants sont envisagées en trois catégories identifiées comme étant la fréquentation de pairs délinquants, la commission de délits avec des pairs délinquants et l'appartenance à un gang structuré.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Les délinquants sans pathologie associée sont proportionnellement plus nombreux que les délinquants hyperactifs à fréquenter (83,3% vs 55,0% : $p \leq 0,01$) et commettre des délits avec des pairs délinquants (63,3% vs 37,5% : $p \leq 0,05$). Pour leur part, les deux-tiers des délinquants bipolaires fréquentent d'autres délinquants (66,7%) et la moitié ont commis des délits avec eux. Enfin, entre 16,7% et 20,0% des délinquants avouent être affiliés avec un gang structuré selon le groupe de TDC auquel ils appartiennent, la différence de pourcentage n'étant pas statistiquement significative.

TDC identifié à partir du CBCL

Les jeunes ayant un TDC délinquant sont proportionnellement plus nombreux que les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH à fréquenter (87,0% vs 52,5% : $p \leq 0,001$) et commettre des délits avec des pairs délinquants (69,6% vs 35,0% : $p \leq 0,01$). Sans se démarquer des deux autres groupes, on note que les trois quarts (75,0%) des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J fréquentent d'autres délinquants et la moitié (50,0%) ont commis des délits avec eux. Pour ce qui est de l'appartenance à un gang structuré, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J sont proportionnellement beaucoup plus nombreux que les jeunes un TDC avec des symptômes du TDAH (30,0% vs 5,0% : $p \leq 0,05$) à avouer une

implication d'une telle nature, alors que cette proportion se chiffre à près de vingt pourcent (19,6%) chez les jeunes ayant un TDC délinquant.

4.9 Données relatives au fonctionnement scolaire

Dans cette section, un bref portrait du fonctionnement scolaire des délinquants depuis leur entrée à l'école sera d'abord fait. Ces données proviennent généralement des rapports rédigés par les agents de la protection de la jeunesse, ainsi qu'auprès de l'adolescent et de ses parents s'ils ont été rencontrés. Ensuite, l'évaluation scolaire réalisée à l'IPPM en cours d'hospitalisation sera mentionnée. Celle-ci évalue le niveau académique (primaire ou secondaire) des adolescents en français, en anglais et en mathématiques. Enfin, les résultats de l'évaluation du fonctionnement intellectuel, c'est-à-dire le quotient intellectuel, réalisée au cours de l'évaluation psychologique seront indiqués. Ces deux évaluations (niveau scolaire et fonctionnement intellectuel) sont intégrées dans le rapport psychiatrique final.

4.9.1 Le fonctionnement scolaire antérieur des adolescents

Cette partie résume le fonctionnement scolaire des adolescents depuis leur entrée à l'école en soulignant les services particuliers dont ils ont bénéficié (ex. tutorat ou aide supplémentaire), le retard scolaire qu'ils peuvent présenter et l'abandon scolaire qu'ils peuvent avoir choisi. Notons d'entrée de jeu qu'aucune différence significative n'a été notée entre les groupes.

Les recherches cliniques de Biederman et coll. (1997; 1999) font partie d'une minorité de recherches qui ont investigué les variables scolaires caractérisant les jeunes. Elles seront citées en comparaison avec nos résultats. L'étude de Faraone et coll. (1997b) est aussi intéressante, car elle concerne des jeunes bipolaires et des jeunes hyperactifs. Par contre, elle n'a pas été réalisée auprès de jeunes manifestant un trouble des conduites, ce qui fait que peu de références y seront faites. Tel qu'obtenu suite à nos analyses, aucune différence n'est notée entre les groupes de jeunes comparés dans ces recherches.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Près des deux-tiers des délinquants sans pathologie associée ont reçu des services en milieu scolaire (65,0%), ce qui est faible en comparaison aux deux autres groupes de délinquants

que nous verrons plus loin. Ce pourcentage se situe entre celui de 46% rapporté par Biederman et coll. (1999) et celui de 82% de Biederman et coll. (1997). La proportion de placements en classe spéciale est aussi de 65% pour les délinquants sans pathologie associée, ce qui est identique à celle rapportée par Biederman et coll. (1997) et presque le double de celle trouvée (35%) par Biederman et coll. (1999). Comme les délinquants bipolaires et les délinquants hyperactifs, la plupart des délinquants sans pathologie associée de notre échantillon présente des difficultés d'apprentissage (83,3%). Sans que ces différences ne soient statistiquement significatives, notons tout de même qu'ils sont proportionnellement les moins nombreux à afficher un retard scolaire (86,7%), mais les plus nombreux à être en situation d'abandon scolaire (46,7%). La proportion des jeunes de notre échantillon qui affichent un retard scolaire est beaucoup plus élevée que celles citées dans les recherches cliniques pour les délinquants sans pathologie associée qui sont de 22% (Biederman et *al.*, 1999) et 29% (Biederman et *al.*, 1997). Malgré l'écart entre ces pourcentages et nos résultats, la tendance demeure la même : aucune différence significative n'est rapportée entre les délinquants sans pathologie associée et les délinquants bipolaires quant à la proportion de ceux qui ont fréquentés des services particuliers et classes spéciales et de ceux qui affichent un retard scolaire. Quoi qu'il en soit, tous rencontrent de sérieuses difficultés scolaires.

Chez les délinquants bipolaires, les difficultés scolaires sont presque universelles. En effet, ils ont tous bénéficié de services particuliers au cours de leur scolarisation, été placés en classe spéciale, cumulé un retard scolaire et, enfin, une forte majorité a rencontré des difficultés d'apprentissage (83,3%). Dans les recherches de Biederman et coll. (1997; 1999), les délinquants bipolaires ont été les plus nombreux à bénéficier de services particuliers au cours de leur formation académique, à avoir été placés dans des classes spéciales et à afficher un retard académique. Tous ces résultats ne se distinguent pas des délinquants sans pathologie associée, tant dans ces recherches que dans notre échantillon, mais nos proportions sont, encore une fois, nettement plus élevées que celles rapportées par Biederman et coll. (1997; 1999). Dans la recherche de Faraone et coll. (1997b), les jeunes bipolaires (sans TDC) sont entre 46% et 81% à avoir reçu des services en milieu scolaire, entre 38% et 41% à avoir été placés en classes spéciales et entre 19% et 35% à présenter un retard scolaire. Même si ces jeunes bipolaires ne souffrent apparemment pas d'un TDC, les pourcentages obtenus par Faraone et coll. sont davantage comparables à ceux de Biederman

qu'aux nôtres, sauf en ce qui a trait au placement en classes spéciales où les jeunes sont proportionnellement moins nombreux dans cette étude que dans celles de Biederman et coll. Cela suggère que la présence du TDC influencerait le placement dans une classe spéciale des jeunes présentant une MAB. Enfin, il est intéressant de noter que, malgré toutes les difficultés académiques rencontrées par les délinquants bipolaires de notre échantillon, seulement le tiers d'entre eux ont abandonné l'école (33,3%), ce qui s'avère être la proportion la plus faible de l'ensemble des groupes à l'étude.

Chez les délinquants hyperactifs, 80% ont bénéficié de services particuliers en milieu scolaire. Sans atteindre les proportions rencontrées chez les délinquants bipolaires, plusieurs ont éprouvé des difficultés d'apprentissage (87,5%), ont été placés en classe spéciale (82,5%) et affichent un retard scolaire (90,0%). Ils sont 42,5% à avoir abandonné l'école au moment de leur admission à l'IPPM, ce qui s'approche du résultat obtenu pour les délinquants sans pathologie associée. Avant de comparer nos résultats à ceux de Biederman et coll. (1997) et Faraone et coll. (1997b), il importe de mentionner que les jeunes hyperactifs de ces recherches ne présentent pas de diagnostic de trouble de conduites. Néanmoins leurs résultats seront brièvement exposés, car ces recherches se sont intéressées à leur fonctionnement scolaire. Cela dit, hormis la proportion de jeunes hyperactifs (81%) ayant reçu des services particuliers à l'école notés par Biederman et coll. (1997), nos pourcentages sont largement supérieurs à ceux notés par ces deux équipes de recherches. Pour sa part, Faraone et coll. (1997b) rapporte que 58% des jeunes hyperactifs ont nécessité des services en milieu scolaire. Par ailleurs, chez les jeunes hyperactifs, un placement en classe spéciale a été nécessaire pour 27% (Faraone et *al.*, 1997b) et 37% (Biederman et *al.*, 1997) d'entre eux et un retard scolaire est constaté auprès de 24% (Faraone et *al.*, 1997b) et 35% (Biederman et *al.*, 1997) d'entre eux. À la lumière de ces résultats, il appert que les délinquants hyperactifs de notre étude rencontrent plus de difficultés scolaires que les jeunes hyperactifs de ces recherches : ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ne présentent apparemment pas de TDC.

Donc, tous les groupes de délinquants de notre étude, c'est-à-dire les délinquants sans pathologie associée, les délinquants bipolaires et les délinquants hyperactifs, affichent des résultats beaucoup plus élevés que ceux des recherches cliniques en ce qui a trait au support académique qu'ils ont nécessité (services particuliers et classes spéciales) et quant au retard

scolaire considérable qu'ils ont cumulé. Il est possible que leurs difficultés académiques soient reliées à une fonction intellectuelle plus limitée que celle des jeunes inclus dans les recherches cliniques, et/ou à des troubles du comportement trop importants et des symptômes (TDC, TDAH, MAB) trop sévères pour assurer un fonctionnement scolaire minimal en classe régulière, ce qui expliquerait la présence élevée de services scolaires, de classes spéciales et, par conséquent, de retard scolaire les concernant.

TDC identifié à partir du CBCL

Les jeunes ayant un TDC délinquant présentent des pourcentages très similaires aux délinquants sans pathologie associée (DSM-IV) pour toutes les variables se rapportant au rapport au monde scolaire. Un peu moins des deux-tiers ont reçu des services particuliers à l'école (65,2%) et ont été placés en classe spéciale (63,0%) au cours de leur cheminement scolaire. La majorité (80,4%) présente des difficultés d'apprentissage et affiche un retard scolaire (87,0%), alors que près de la moitié a abandonné l'école au moment de leur admission à l'IPPM (47,8%).

Les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J présentent des pourcentages qui sont tous inférieurs à ceux observés chez les délinquants bipolaires (DSM-IV), sauf ceux relatifs au retard et à l'abandon scolaire. En fait, dans ces deux groupes l'ensemble des jeunes présentent un retard scolaire (100%), tandis que pour l'abandon scolaire, les délinquants ayant un TDC avec une MAB-J affichent le pourcentage le plus élevé (50,0%), ce qui est complètement l'inverse des délinquants bipolaires (DSM-IV) qui affichaient le pourcentage le plus bas. Cela pourrait être attribuable au classement des délinquants hyperactifs (DSM-IV) dans le groupe des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (CBCL) : plusieurs délinquants hyperactifs ayant abandonné l'école (42,5%) sont classés dans le groupe du TDC avec une MAB-J par le CBCL expliquant possiblement le haut pourcentage d'abandon scolaire constaté chez les jeunes de ce groupe. Pour terminer, les trois-quarts ont reçu des services particuliers en milieu scolaire (75%), alors que 80% ont été placés en classe spéciale et 90% ont présenté des difficultés d'apprentissage. Ces pourcentages se rapprochent davantage de ceux rencontrés chez les délinquants hyperactifs que chez les délinquants bipolaires.

Les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH présentent des pourcentages très similaires aux délinquants hyperactifs (DSM-IV). En effet, ces jeunes affichent des taux inférieurs aux délinquants hyperactifs par cinq pourcent dans les catégories relatives au retard scolaire (85,0%) et à l'abandon scolaire (37,5%). Les autres pourcentages, c'est-à-dire ceux concernant les services particuliers reçus à l'école (80,0%), le placement en classe spéciale (82,5%) et les difficultés d'apprentissage (87,5%), sont les mêmes pour les deux groupes.

4.9.2 Le classement scolaire reconnu à l'IPPM

Cette section fait état des résultats de l'évaluation scolaire quant aux acquis académiques des jeunes dans les trois matières principales, c'est-à-dire français, mathématiques et anglais. Pour entre la moitié et les deux-tiers des délinquants, il est établi qu'ils ont des acquis académiques du niveau primaire au moment de leur admission à l'IPPM, tandis qu'entre le quart et la moitié sont classés dans le premier cycle du secondaire (1, 2) et environ cinq pourcent auraient atteint le deuxième cycle du secondaire (3, 4, 5). Ces résultats viennent confirmer la sévérité du retard scolaire et des difficultés d'apprentissage vécus par les délinquants de notre échantillon. Aucune différence significative n'a été notée entre les groupes de délinquants à cet égard.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Les délinquants sans pathologie paraissent éprouver moins de difficultés académiques que les deux autres groupes, car seulement la moitié est classée au primaire (50,0% à 51,7%²⁶), entre 41,7% et 45,0% sont jugés du niveau du premier cycle du secondaire, alors qu'entre 5,0% et 6,9% auraient atteint le niveau du deuxième cycle du secondaire. Chez les délinquants bipolaires, entre 50,0% et 66,7% sont classés au niveau primaire, entre 33,3% et 50,0% sont jugés avoir atteint le premier cycle du secondaire, alors qu'aucun n'aurait atteint le deuxième cycle. Les pourcentages des délinquants hyperactifs sont similaires à ceux des délinquants bipolaires, c'est-à-dire que les deux-tiers sont classés au primaire (64,1% à 66,7%), trente pourcent au premier cycle du secondaire (28,2% à 30,8%) et 5,1% au deuxième cycle du secondaire.

²⁶ Les pourcentages entre parenthèses réfèrent à la proportion de délinquants ayant été classés à ce niveau académique pour les trois matières principales (français, anglais et mathématiques).

En investiguant la présence de troubles psychiatriques auprès d'adolescents détenus, Teplin et coll. (2005) se sont intéressés à leur niveau scolaire ($n = 1829$). Ceux-ci sont 14,2% à être classés au niveau primaire, 47,8% au premier cycle du secondaire et 35,8% au deuxième cycle du secondaire. Dans cet échantillon, les deux-tiers des jeunes sont de sexe masculin et l'âge moyen est de 14,9 ans, ce qui est différent des jeunes de notre échantillon qui sont tous de sexe masculin et dont l'âge moyen de 16,4 ans. Puisque les jeunes de notre échantillon sont plus âgés de près de deux ans, nous nous attendions à obtenir un niveau scolaire un peu plus élevé que ceux que nous avons observés. Ce résultat confirme que tous les délinquants de notre échantillon éprouvent de sérieuses difficultés scolaires.

TDC identifié à partir du CBCL

Chez les jeunes présentant un TDC seul et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH, les pourcentages de jeunes classés dans les trois niveaux scolaires quant aux trois matières principales sont similaires à ceux notés pour les délinquants sans pathologie associée et des délinquants hyperactifs diagnostiqués par le DSM-IV. En d'autres mots, chacune des matières affiche une différence de moins de cinq pourcent entre les groupes de délinquants ayant des pathologies comparables (CBCL vs DSM-IV).

Les jeunes présentant un TDC avec une MAB-J affichent un écart plus substantiel avec les délinquants bipolaires, ce qui peut être attribuable au faible nombre de délinquants bipolaires de l'échantillon. À cet égard, entre 55% et 60% des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J auraient des acquis de niveau primaire et entre 40% et 45% des acquis du premier cycle du secondaire. Comme les délinquants bipolaires, aucun jeune ayant un TDC avec une MAB-J n'a atteint le deuxième cycle du secondaire.

4.9.3 L'évaluation du fonctionnement intellectuel

L'évaluation du fonctionnement intellectuel des délinquants ($n = 88$) révèle qu'ils ont un quotient intellectuel (Q.I.) général d'en moyenne 92,3 (É.T. 12,2).

TDC identifié à partir du DSM-IV

L'analyse de différence des moyennes confirme qu'il n'existe aucune différence significative entre les trois groupes de délinquants distingués à partir du DSM-IV. Les délinquants sans pathologie associée ont un fonctionnement intellectuel moyen chiffré à

94,0 (É.T. 13,4). Viennent ensuite les délinquants hyperactifs avec une cote de 90,3 (É.T. 10,3) et finalement des délinquants bipolaires avec une cote de 89,0 (É.T. 10,2).

En se référant aux recherches cliniques, on note que le Q.I. des délinquants bipolaires se situe entre 97 (Biederman et *al.*, 1999) et 102 (Biederman et *al.*, 1997) et celui des délinquants sans pathologie associée entre 99 (Biederman et *al.*, 1997) et 104 (Biederman et *al.*, 1999). Dans leur échantillon d'adolescents sans TDC, Faraone et coll. (1997b) mentionnent que le Q.I. des jeunes bipolaires varie entre 90 et 102, alors que celui des jeunes hyperactifs se chiffre à 106. On note que le Q.I. est très similaire entre les groupes, peu importe la pathologie présentée.

Face à ce qui vient d'être présenté, nous remarquons que les cotes que nous obtenons sont nettement inférieures à celles identifiées les jeunes des recherches cliniques antérieures, et ce, qu'on soit en présence ou non d'un trouble des conduites. Cette constatation pourrait en partie expliquer les nombreuses difficultés scolaires vécues par les délinquants de notre échantillon, alors qu'en contrepartie, le degré moindre de difficultés scolaires (services particuliers, classes spéciales, retard scolaire) des jeunes de ces échantillons pourraient être attribuable à leur fonctionnement intellectuel supérieur.

TDC identifié à partir du CBCL

Le test de différence des moyennes indique une différence statistiquement significative ($F = 3,605$; $p \leq 0,05$) entre la moyenne des cotes du quotient intellectuel des jeunes ayant un TDC délinquant (95,8; É.T. 13,9) et celle des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (88,2; É.T. 10,2). Celle des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J se chiffre à 91,9 (É.T. 9,0) et ne se distingue pas des deux autres groupes. Nous notons une similitude entre les cotes du Q.I. des groupes de délinquants identifiés sur la base du DSM-IV et du CBCL : celles-ci varient de moins de trois centiles entre les délinquants d'un groupe présentant des pathologies comparables.

4.10 Données relatives aux troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives

Au cours de leur évaluation à l'IPPM, certains délinquants ont reçu un diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool et/ou à une (des) substance(s) psychoactive(s). Dans ce rapport, seules deux principales substances ont été retenues pour fins d'analyse, soit l'alcool et le cannabis. Pour ce qui est des autres substances psychoactives, leur consommation n'est pas aussi fréquente, ce qui fait que les jeunes sont répartis de manière inégale dans les groupes les rendant non comparables entre eux. Puisque les recherches se sont davantage concentrées sur le cannabis et que Wilens et coll. (1997) ont confirmé que la consommation de cette substance psychoactive est la plus répandue chez les jeunes, nous l'avons inclus dans nos analyses.

Selon le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2003), les autres substances peuvent être catégorisées en fonction de leur principal effet sur le système nerveux central (SNC) : les substances dépressives du SNC (héroïne, solvants volatiles et benzodiazépines), les stimulants majeurs du SNC (cocaïne, et amphétamines) et les substances perturbatrices du SNC (ecstasy et toute substance hallucinogène incluant le cannabis). À titre informatif, sept délinquants (6,6%) présentent un trouble lié aux substances dépressives (abus : 6,6%; dépendance : 0%), vingt (18,9%) ont été diagnostiqué avec un trouble lié aux stimulants majeurs (abus : 14,2%; dépendance : 4,7%) et vingt-huit (26,4%) affichent un trouble lié aux substances perturbatrices excluant le cannabis (abus : 23,6%; dépendance : 2,8%). Ces catégories ne sont par ailleurs pas mutuellement exclusives : un jeune peut souffrir de plus d'un trouble. L'âge au moment de la première consommation, a été obtenu auprès de l'adolescent lors de l'évaluation. Ces données concernent uniquement les jeunes ayant un diagnostic officiel d'abus ou de dépendance. Nous en tiendrons compte dans nos analyses.

4.10.1. La prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool et de cannabis chez les délinquants

TDC identifié à partir du DSM-IV

Tel qu'illustré dans le tableau 30, la consommation d'alcool (abus et dépendance) est problématique pour le tiers des délinquants bipolaires (33,3%) et environ le quart des délinquants sans pathologie associée (23,5%) et des délinquants hyperactifs (25,0%).

Aucune différence statistiquement significative n'est rapportée entre les groupes que ce soit pour l'abus ou la dépendance à l'alcool. Des proportions similaires entre les trois groupes de délinquants quant à l'abus d'alcool est conforme aux conclusions tirées par Biederman et coll. (1997). Par contre, le fait que les proportions de dépendance à l'alcool soient similaires entre les trois groupes de notre étude est à l'opposé des résultats de Biederman et coll. (1997; 2003). En fait, ces derniers ont conclu que les jeunes avec un TDC (24%) et ceux avec un TDC et une MAB (19%) présentent des proportions significativement plus élevés de troubles liés à la consommation d'alcool que les jeunes ayant un TDAH (0%). Globalement, la proportion de jeunes dépendants à l'alcool (27,5%) obtenue pour l'ensemble des groupes est comparable à celle citée dans Teplin et coll. (2002 : 25,9%) rapportée chez des adolescents en centre de détention.

Les troubles liés à la consommation de cannabis (abus et dépendance) sont pour leur part rencontrés chez les deux-tiers (66,7%) des délinquants sans pathologie associée et des délinquants bipolaires, et chez près de la moitié des délinquants hyperactifs (47,5%). En fait, les délinquants sans pathologie associée (31,7% vs 10,0% : $p \leq 0,05$) et les délinquants bipolaires (66,7% vs 10,0% : $p \leq 0,01$) se révèlent proportionnellement plus nombreux que les délinquants hyperactifs à être dépendants du cannabis, la différence étant ici statistiquement significative.

Tous les délinquants bipolaires (66,7%) de notre échantillon, souffrant d'un trouble relié à la consommation de cannabis, sont dépendants de cette substance. Nous remarquons que les proportions de dépendance au cannabis que présentent les délinquants de notre échantillon, sont similaires à ceux rencontrés par Pliszka et coll. (2000) chez les délinquants incarcérés. Ces chercheurs ont noté que la dépendance à la marijuana (cannabis) se situe à 64% chez les délinquants bipolaires et à 34% chez les délinquants sans trouble affectif. Biederman et coll. (1997; 2003) pour leur part signalent que les jeunes avec un TDC seul (10%) et les délinquants bipolaires (18%) affichent des proportions significativement supérieures de troubles liés à la consommation de cannabis que les jeunes ayant un TDAH (1%). Cette observation est aussi notée pour les jeunes de notre échantillon, sauf que les pourcentages de dépendance au cannabis que nous obtenons sont largement supérieurs à ceux rapportés dans ces recherches.

Tableau 30. Informations sur les troubles liés à la consommation d'alcool et de cannabis chez les délinquants selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1)	TDC et MAB (gr. 2)	TDC et TDAH (gr. 3)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Troubles liés à la consommation d'alcool et de cannabis				
<i>Abus d'alcool</i>	20,0 %	16,7 %	17,5 %	N.S.
<i>Dépendance à l'alcool</i>	3,3 %	16,7 %	7,5 %	N.S.
<i>Abus de cannabis</i>	35,0 %	0,0 %	37,5 %	N.S.
<i>Dépendance au cannabis</i>	31,7 %	66,7 %	10,0 %	1 > 3 $p \leq 0,05$ 2 > 3 $p \leq 0,01$

Wilens et coll. (2004) ont formulé l'hypothèse que les adolescents puissent chercher à contrôler, par une forme d'auto-médicamentation se traduisant par la consommation d'alcool et de substances psychoactives, leur humeur irritable, leur agressivité et leurs crises de rage (*affective storms*). Il est donc possible que la présence de symptômes maniaques (ex. hyperactivité, irritabilité ou impulsivité) ait conduit ces délinquants à choisir ces substances pour leurs effets sur le système nerveux central (SNC) afin de contrecarrer les symptômes associés à leur MAB.

Selon Wilens et coll. (1997), les adolescents avec un trouble de consommation de substances psychoactives courent un risque accru de développer certaines pathologies, tel un trouble dépressif majeur, une maladie affective bipolaire, un trouble des conduites et un trouble oppositionnel avec provocation. Il est possible de constater que le TDAH ne contribuerait pas au développement d'un trouble de la consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Wilens et coll. (1999; 2004) ajoutent que le TDC et la MAB sont des facteurs de risque indépendants pouvant mener un jeune à développer un trouble lié à la consommation de substances à l'adolescence. Enfin, Biederman et coll. (1997) soulignent qu'indépendamment de la présence d'un TDAH, une MAB précoce constitue un facteur de risque de développer un trouble lié à la consommation de substances psychoactives. Ces conclusions tirées par Wilens et Biederman permettent de comprendre pourquoi les délinquants hyperactifs de notre échantillon se révèlent peu dépendants aux substances psychoactives (cannabis), contrairement aux délinquants sans pathologie associée ou aux délinquants bipolaires : le TDAH n'est pas lié au développement d'un

trouble lié à la consommation de substances psychoactives au cours de l'adolescence, alors que le TDC et la MAB sont des facteurs de risque de ce trouble.

TDC identifié à partir du CBCL

Le tableau 31 permet de constater qu'il n'existe aucune différence significative entre les groupes de délinquants identifiés par le CBCL quant aux troubles liés à la consommation d'alcool (abus et dépendance). Ceux-ci touchent 30,4% des jeunes ayant un TDC délinquant, 25,0% des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J et 17,5% des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH. Ces proportions sont très similaires à celles obtenues pour les trois groupes identifiés à partir du DSM-IV. Seule la dépendance à l'alcool chez les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J s'avère moins élevée que chez les délinquants bipolaires, mais il faut bien voir que, dans les deux cas, un seul adolescent présente ce trouble (DSM-IV : $1/6 = 16,7\%$; CBCL : $1/20 = 5\%$).

Tableau 31. Informations sur les troubles liés à la consommation d'alcool et de cannabis chez les délinquants selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Troubles liés à la consommation d'alcool et de cannabis				
<i>Abus d'alcool</i>	23,9 %	20,0 %	12,5 %	N.S.
<i>Dépendance à l'alcool</i>	6,5 %	5,0 %	5,0 %	N.S.
<i>Abus de cannabis</i>	45,7 %	25,0 %	25,0 %	N.S.
<i>Dépendance au cannabis</i>	28,3 %	15,0 %	27,5 %	N. S.

Les troubles liés à la consommation de cannabis affichent des différences les plus frappantes entre les différents des de délinquants distingués à partir du DSM-IV et du CBCL.

Tout d'abord, les jeunes ayant un TDC délinquant apparaissent comme étant proportionnellement un peu plus nombreux à abuser du cannabis que les délinquants sans pathologie associée (45,7% vs 35,0%), mais la proportion de dépendance est similaire (28,3% vs 31,7%). Ensuite, alors que les délinquants bipolaires (DSM-IV) se démarquaient nettement des deux autres groupes pour leur forte dépendance au cannabis (66,7%), les

jeunes ayant un TDC avec une MAB-J affichent une proportion élevée d'abus (25%) et un très faible pourcentage de dépendance (15%) au cannabis. Enfin, chez les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH, l'abus de cannabis est moins fréquent (25% vs 37,5%) que chez les délinquants hyperactifs, tandis que la dépendance l'est davantage (27,5% vs 10%).

4.10.2. L'âge moyen des délinquants à la consommation initiale d'alcool et de cannabis

Dans cette partie, l'âge moyen lors de la première utilisation d'alcool et/ou de cannabis sera mentionné seulement chez les adolescents ayant reçu un diagnostic de trouble lié à ces deux substances. Notons d'entrée de jeu qu'aucune différence significative n'a été notée entre les moyennes d'âge des délinquants associés aux différents groupes à l'étude lors de la première consommation, et ce, quelle que soit la substance ou le type de TDC (DSM-IV ou CBCL).

TDC identifié à partir du DSM-IV

Tel que noté dans le tableau 33, les délinquants sans pathologie associée auraient consommé de l'alcool (11,8 ans; É.T. 2,4) et du cannabis (11,9 ans; É.T. 1,8) pour la première fois au cours des mois précédant leur douzième anniversaire. Chez les délinquants hyperactifs la consommation de ces substances aurait débuté environ six mois plus tard par l'utilisation de cannabis (12,4 ans; É.T. 1,3), puis de l'alcool (12,5 ans; É.T. 1,6), tandis que les délinquants bipolaires étaient âgés d'en moyenne 13 ans (É.T. 1,8) pour le cannabis et de 13 ans et demi pour l'alcool (É.T. 2,1).

Comme pour les délinquants hyperactifs, on note que les délinquants bipolaires ont débuté par le cannabis avant de se tourner vers l'alcool. Sans que la moyenne d'âge ne soit significativement différente, les délinquants bipolaires tendent à être un peu plus âgés que les délinquants des deux autres groupes lorsqu'ils consomment du cannabis et de l'alcool pour la première fois. Nos résultats sont à l'opposé de ceux de Pliszka et coll. (2000) qui rapportaient une consommation d'alcool avant une consommation de cannabis chez les délinquants bipolaires de leur échantillon. Ces auteurs signalent aussi que les délinquants bipolaires de leur échantillon ont débuté plus tôt que ceux ne souffrant pas de trouble affectif (MAB ou dépression majeure), ce qui n'est pas noté chez les délinquants bipolaires

de notre échantillon qui rapportent une consommation initiale d'alcool et de cannabis plus tardive que les délinquants sans pathologie et les délinquants hyperactifs.

Puisque les troubles antisociaux et les troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives dans les familles des délinquants bipolaires de notre échantillon sont quasiment inexistantes (voir caractéristiques familiales) et que dans plusieurs recherches cliniques les familles des délinquants bipolaires affichent des proportions pour ces troubles nettement supérieures aux familles des autres délinquants, il est possible que ce résultat contribue à expliquer la faible proportion de troubles liés à la consommation de substances psychoactives rencontrés chez les délinquants bipolaires de notre échantillon.

Tableau 32. Informations sur l'âge moyen des adolescents lors de la première consommation d'alcool et de cannabis selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1)	TDC et MAB (gr. 2)	TDC et TDAH (gr. 3)	<i>One-Way Anova</i>
Âge moyen à la première consommation (écart-type)				
<i>Alcool</i>	11,8 (2,4)	13,5 (2,1)	12,5 (1,6)	$F = 0,773$; N.S.
<i>Cannabis</i>	11,9 (1,8)	13,0 (1,8)	12,4 (1,3)	$F = 1,037$; N.S.

TDC identifié à partir du CBCL

Comme on peut le constater dans le tableau 33, seulement quelques mois différencient l'âge au moment de la consommation initiale de substances psychoactives des jeunes ayant un TDC délinquant (CBCL) des délinquants sans pathologie associée (DSM-IV). Tant pour l'alcool que pour le cannabis, les délinquants de ces deux groupes étaient âgés d'un peu moins de douze ans lors de cette initiation. Les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH suivent de près, leur première consommation d'alcool (12,0; É.T. 1,6) et de cannabis (12,0; É.T. 1,6) survenant autour de leur douzième anniversaire. Ces âges moyens sont un peu plus précoces que ceux identifiés chez les délinquants hyperactifs et tendent à s'approcher de ceux des délinquants sans pathologie associée. Les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J se distinguent en débutant leur consommation de cannabis (13,0; É.T. 1,5) et d'alcool (13,2; É.T. 1,6) plutôt autour de leur treizième anniversaire, ce qui les rapprochent des délinquants bipolaires.

Tableau 33. Informations sur les âges moyens des adolescents lors de la première consommation d'alcool et de cannabis selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	<i>One-Way Anova</i>
Âge moyen à la première consommation (écart-type)				
<i>Alcool</i>	11,9 (2,4)	13,2 (1,6)	12,0 (1,6)	$F = 0,728$; N.S.
<i>Cannabis</i>	12,0 (1,7)	13,0 (1,5)	12,1 (1,6)	$F = 1,273$; N.S.

4.11 Données relatives aux traits de personnalité

Au cours de l'évaluation psychiatrique multiaxiale réalisée auprès d'une population juvénile, les cliniciens tendent à diagnostiquer des traits de la personnalité plutôt qu'un trouble de la personnalité. Ceux-ci sont identifiés à l'Axe 2 de l'évaluation multiaxiale psychiatrique qui réfère à des problématiques chroniques, tel un retard intellectuel ou un trouble de personnalité. Pour cette raison, les recherches ayant investigué la personnalité de délinquants ou d'individus bipolaires ont été réalisées auprès d'une population adulte. Peu de références seront donc faites aux recherches cliniques dans cette partie.

Le DSM-IV divise les dix troubles de la personnalité en trois blocs distincts (A, B, C) : le bloc A est composé des troubles de personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique; le bloc B inclut les troubles de personnalité antisociale, limite, histrionique et narcissique; le bloc C regroupe les troubles de personnalité évitante, dépendante et obsessive-compulsive.

Chez les délinquants de notre échantillon, 101 sur 106 ont été diagnostiqués avec des traits pathologiques de personnalité. Certains peuvent présenter des traits relatifs à plus d'un trouble de la personnalité, comme par exemple des traits antisociaux et narcissiques. Vu la nature des traits de personnalité du bloc B, ceux-ci sont prédominants chez les jeunes de l'échantillon et leurs résultats sont rapportés dans les tableaux 34 et 35.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Chez les délinquants sans pathologie associée, un total de 20% affichent des traits de personnalité du bloc A (paranoïde : 10,0%; schizoïde : 6,7%; schizotypique : 3,3%) et seulement 5% présentent des traits de personnalité du bloc C (évitant : 0,0%; dépendant :

3,3%; obsessif-compulsif : 1,7%). En se référant au tableau 34, on constate qu'aucun délinquant sans pathologie associée ne présente de traits de personnalité évitante, ce qui est significativement inférieur aux délinquants bipolaires (0,0% vs 33,3% : $p \leq 0,01$). Dans le groupe des traits de personnalité du bloc B, la moitié des délinquants sans pathologie associée présente des traits narcissiques, ce qui est plus élevé que pour ceux des deux autres groupes sans toutefois être statistiquement significatif; presque tous les délinquants sans pathologie associée présentent des traits antisociaux, ce qui est significativement plus élevé que pour les délinquants hyperactifs (86,7% vs 52,5% : $p \leq 0,001$) et les délinquants bipolaires (86,7% vs 50,0% : $p \leq 0,05$); et enfin, ils sont proportionnellement moins nombreux que les délinquants hyperactifs à présenter des traits de personnalité limite (28,3% vs 65,0% : $p \leq 0,001$) et histrionique (1,7% vs 12,5% : $p \leq 0,05$).

Très peu de délinquants hyperactifs présentent des traits de personnalité associés au bloc A (paranoïde : 5,0%; schizoïde : 2,5%; schizotypique : 0%) et au bloc C (évitant : 2,5%; dépendant : 2,5%; obsessif-compulsif : 5,0%). D'ailleurs, le faible nombre de délinquants hyperactifs affichant des traits de personnalité évitante est significativement inférieur à celui des délinquants bipolaires (2,5% vs 33,3% : $p \leq 0,05$). Dans le bloc B, les délinquants hyperactifs sont proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée à avoir été diagnostiqués avec des traits de personnalité limite (65,0% vs 28,3% : $p \leq 0,001$) et histrionique (12,5% vs 1,7% : $p \leq 0,05$); la moitié présente des traits antisociaux, ce qui est significativement inférieur aux délinquants sans pathologie associée (52,5% vs 86,7% : $p \leq 0,001$); alors que la proportion d'entre eux présentant des traits de personnalité narcissique est similaire aux délinquants des autres groupes.

Chez les délinquants bipolaires, un seul adolescent présente des traits de personnalité schizoïde (bloc A) et dépendante (bloc C). Concernant les autres traits de personnalité du bloc C, les délinquants bipolaires se révèlent proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée (33,3% vs 0,0% : $p \leq 0,01$) et les délinquants hyperactifs (33,3% vs 2,5% : $p \leq 0,05$) à présenter des traits de personnalité évitante. Dans le bloc B, la moitié des adolescents bipolaires présentent des traits antisociaux, ce qui est significativement inférieur aux délinquants sans pathologie associée (50,0% vs 86,7% : $p \leq 0,05$). Un délinquant bipolaire affiche des traits de personnalité limite et de personnalité dépendante, tandis que deux ont été diagnostiqués avec des traits narcissiques. Aucun

délinquant bipolaire ne présente des traits de personnalité paranoïaque, schizotypique, histrionique ou obsessive-compulsive.

Tableau 34. Informations sur les traits de personnalité identifiés chez des adolescents selon le type de TDC identifié par le DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1)	TDC et MAB (gr. 2)	TDC et TDAH (gr. 3)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Traits de personnalité				
<i>Antisociale</i>	86,7 %	50,0 %	52,5 %	1 > 3; $p \leq 0,001$ 1 > 2; $p \leq 0,05$
<i>Limite</i>	28,3 %	16,7 %	65,0 %	3 > 1; $p \leq 0,001$
<i>Histrionique</i>	1,7 %	0,0 %	12,5 %	3 > 1; $p \leq 0,05$
<i>Narcissique</i>	50,0 %	33,3 %	37,5 %	N.S.
<i>Évitante</i>	0,0 %	33,3 %	2,5 %	2 > 1; $p \leq 0,01$ 2 > 3; $p \leq 0,05$

La forte présence de traits de la personnalité évitante chez les délinquants bipolaires en comparaison aux délinquants sans pathologie associée et aux délinquants hyperactifs est une donnée importante. Dans notre recherche, les diagnostics reliés aux troubles anxieux n'ont pas été relevés au cours de la collecte de données, mais ceux-ci sont fréquemment cooccurrents à la MAB-J, tel que reconnu par de nombreuses recherches cliniques et par l'AACAP (2007a). Cela dit, les traits du trouble de la personnalité évitante sont très révélateurs, car ils sont caractérisés par des comportements anxieux, inhibés et craintifs avec l'entourage et l'environnement. Ainsi, sans conclure que les délinquants bipolaires présentent des troubles anxieux, nous pouvons noter qu'ils présentent des traits de nature anxieuse qui se traduisent par la présence de traits de personnalité évitante.

TDC identifié à partir du CBCL

Très peu de différences existent entre les traits de personnalité des jeunes ayant un TDC délinquant et ceux des délinquants sans pathologie associée. Les proportions varient de moins de 2,2% pour tous les traits de trouble de la personnalité étudiée. Ainsi, les traits de personnalité du bloc A (paranoïde : 10,9%; schizotypique : 0%; schizoïde : 8,7%), du bloc B (antisocial : 84,8%; limite : 26,1%; histrionique : 2,2%; narcissique : 47,8%) et du bloc C (évitant, dépendant et obsessif-compulsif : 2,2% dans tous les cas) sont similaires entre jeunes ayant un TDC délinquant (CBCL) et les délinquants sans pathologie associée (DSM-

IV). De fait, comme chez les délinquants sans pathologie associée, la proportion des jeunes avec un TDC délinquant présentant des traits antisociaux est significativement plus élevée que pour les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (84,8% vs 55,0% : $p \leq 0,05$) et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (84,8% vs 65,0% : $p \leq 0,05$). Aussi, le quart des jeunes ayant un TDC délinquant présente des traits de personnalité limite, ce qui est nettement inférieur aux délinquants hyperactifs (26,1% vs 57,5% : $p \leq 0,01$). Contrairement aux groupes de TDC identifiés par le DSM-IV, aucune différence significative n'est rapportée pour ceux identifiés par le CBCL quant aux traits de personnalité évitante et histrionique.

Des différences pouvant atteindre près de trente pourcent sont notées entre les jeunes présentant un TDC avec une MAB-J, et les délinquants bipolaires (DSM-IV) quant à certains traits de personnalité. Dans le bloc A, 10% des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J affichent des traits de personnalité paranoïaque et aucun ne présente des traits de personnalité schizoïde, alors que chez les délinquants bipolaires l'inverse se produit : aucun jeune ne présente de traits de personnalité paranoïaque et un seul des traits schizoïdes. Dans le bloc B, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J et les délinquants bipolaires affichent des écarts importants quant aux traits de personnalité limite, histrionique et narcissique. Les traits histrioniques sont davantage rencontrés chez les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (10,0%), tandis que dans les groupes de délinquants identifiés sur la base du DSM-IV, ce sont davantage les délinquants hyperactifs (12,5%) qui présentent ces traits de personnalité et non les délinquants bipolaires.

Par ailleurs, un peu plus de la moitié des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J présentent des traits antisociaux, ce qui est significativement inférieur aux jeunes ayant un TDC délinquant (55,0% vs 84,8% : $p \leq 0,05$), ce qui était aussi noté entre les délinquants sans pathologie associée et les délinquants bipolaires (DSM-IV). Enfin, dans le bloc C, seulement 5% des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J affichent des traits évitants et dépendants, ce qui est nettement inférieur aux délinquants bipolaires (évitant : 33,3%; dépendant : 16,7%).

En regroupant toutes les caractéristiques observées chez les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J, remarquons qu'elles correspondent davantage aux délinquants hyperactifs qu'aux délinquants bipolaires (DSM-IV).

Tableau 35. Informations sur les traits de personnalité identifiés chez des adolescents selon le type de TDC identifié par le CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	Fisher's Exact Test
Traits de personnalité				
<i>Antisociale</i>	84,8 %	55,0 %	65,0 %	1 > 2 : $p \leq 0,05$ 1 > 3 : $p \leq 0,05$
<i>Limite</i>	26,1 %	45,0 %	57,5 %	3 > 1 : $p \leq 0,01$
<i>Histrionique</i>	2,2 %	10,0 %	7,5 %	N.S.
<i>Narcissique</i>	47,8 %	50,0 %	37,5 %	N.S.
<i>Évitante</i>	2,2 %	5,0 %	2,5 %	N.S.

Enfin, moins de cinq pourcent séparent les proportions de traits de personnalité rencontrés chez les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH et ceux des délinquants hyperactifs (DSM-IV), sauf pour les traits antisociaux et les traits limites. Ainsi, les traits de personnalité du bloc A (paranoïde : 2,5%; schizotypique : 5,0%; schizoïde : 0%) et du bloc C (évitante : 2,5%; dépendante : 5,0%; obsessive-compulsive : 5,0%) affichent des proportions similaires entre ces deux groupes. Dans le bloc B, les jeunes ayant un TDC délinquant sont proportionnellement plus nombreux que les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH à être diagnostiqués avec des traits de personnalité antisociale (65,0% vs 84,8% : $p \leq 0,05$) et limite (57,5% vs 26,1% : $p \leq 0,01$). Enfin, les traits histrioniques, narcissiques et évitants ne varient jamais plus de cinq pourcent entre les délinquants hyperactifs et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH.

4.12 Données relatives au trouble des conduites

Pour la recherche actuelle, un diagnostic de trouble des conduites posé par le psychiatre de l'IPPM était le critère d'inclusion. Pour cette partie, les données sont issues des rapports fournis par les centres jeunesse (LPJ et LJC/LSJPA), du rapport psychiatrique de l'IPPM, mais aussi de l'adolescent et ses parents lorsqu'ils ont été rencontrés. Les consultations

professionnelles (si applicables) et les rapports de police (si disponibles) ont ici été une source d'information complémentaire.

La première section est divisée en deux parties : la première décrit les caractéristiques générales du trouble des conduites, c'est-à-dire le début et la sévérité du TDC à partir des critères diagnostics du DSM-IV. Le *début du TDC* constitue la période à laquelle le jeune a commencé à manifester des troubles du comportement suffisamment sérieux pour nécessiter des interventions et/ou des services spéciaux (ex. signalement en protection de la jeunesse). Les deux périodes de TDC identifiées sont le TDC à début durant l'enfance et le TDC à début durant l'adolescence. Il ne s'agit pas de l'âge officiel auquel est posé le diagnostic du TDC. Par exemple, plusieurs adolescents ont reçu un diagnostic de TDC pour la première fois à l'IPPM, même s'ils manifestaient des troubles du comportement importants au point de nécessiter un placement hors du domicile familial au cours de leur enfance. La *sévérité du TDC*, qualifié de léger, modéré ou sévère, est quant à elle indiquée par le psychiatre de l'IPPM suite à l'évaluation du jeune.

La deuxième section concerne l'*âge moyen* des adolescents au moment où ils ont reçu un diagnostic officiel de TDC pour la première fois. Une consultation médicale, comme celle réalisée par le psychiatre au cours de l'évaluation à l'IPPM, est nécessaire pour confirmer la présence d'un TDC.

La troisième section nous renseigne sur les quinze symptômes du trouble des conduites et n'inclut que ceux manifestés au cours de l'année précédant la date d'admission du jeune à l'IPPM pour son évaluation. Une moyenne du nombre de symptômes du TDC présenté par chaque jeune a été calculée pour chacun des groupes de délinquants distingués à partir du DSM-IV et CBCL. En bout de course, on constate peu de différences statistiquement significatives entre les groupes.

4.12.1 Caractéristiques générales du trouble des conduites : le début et la sévérité

Cette section nous informe sur la période au cours de laquelle le TDC a commencé à se manifester (enfance ou adolescence) et nous renseigne sur la sévérité du TDC (léger, modéré, sévère). Aucun délinquant de notre échantillon ne présente un TDC léger. Évidemment, les proportions de TDC à début durant l'enfance et à début durant

l'adolescence sont complémentaires au sein d'un même groupe de délinquants: cela signifie que si 75% ont débuté un TDC durant l'enfance, 25% ont commencé durant l'adolescence. Si des différences significatives sont observées, elles ne seront mentionnées qu'une fois pour éviter la redondance des informations. Ce principe logique sera aussi appliqué pour la sévérité du TDC, c'est-à-dire que puisqu'il n'y a aucun TDC léger et que la proportion de TDC sévère est mentionnée, la différence représente donc la proportion de TDC modéré.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Les données recueillies indiquent que de nombreux délinquants ont commencé à manifester des symptômes du TDC durant leur enfance (avant 10 ans). Les délinquants hyperactifs sont proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée à avoir adopté des comportements attribuables au TDC avant l'âge de dix ans (70,0% vs 46,7%; $p \leq 0,05$). Même si une proportion supérieure de délinquants bipolaires (83,3%) a manifesté ces comportements durant l'enfance que ceux des deux autres groupes (70,0% et 46,7%), la différence n'est pas statistiquement significatif, ce qui est probablement attribuable au petit nombre de délinquants inclus dans ce groupe. Les proportions élevées de TDC à début durant l'enfance parmi les délinquants hyperactifs et bipolaires sont congruentes avec la recherche de Grilo, Becker, Fehon, Edell et McGlashan (1996) qui signalent qu'un TDC durant l'enfance est associé à des troubles neurodéveloppementaux (ex. TDAH ou MAB), alors qu'un TDC durant l'adolescence est associé à des troubles psychosociaux (ex. trouble lié à la consommation de substances).

Pour ce qui est de la sévérité, plus des deux-tiers des délinquants présentent un TDC sévère, soit 71,7% des délinquants sans pathologie associée, 66,7% des délinquants bipolaires et 82,5% des délinquants hyperactifs. Aucune différence significative n'est notée entre les trois groupes de jeunes à cet égard.

TDC identifié à partir du CBCL

Les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J sont significativement plus nombreux en proportion que les jeunes ayant un TDC délinquant à avoir manifesté des troubles sévères du comportement au cours de leur enfance (85,0% vs 41,3%; $p \leq 0,001$). Malgré que les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH affichent une proportion élevée de TDC à début durant l'enfance (62,5%), celle-ci ne se révèle pas statistiquement différente

de celles obtenues pour les délinquants des deux autres groupes. Ceci est probablement attribuable à la classification des délinquants hyperactifs (DSM-IV) dans le groupe de jeunes présentant un TDC avec une MAB-J (CBCL). Néanmoins, nos résultats vont dans le sens de la conclusion de Grilo et coll. (1996) qui reconnaissent que certaines pathologies (ex. TDAH, MAB) sont généralement associées au TDC à début durant l'enfance. Dans cette veine, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH tendent à être proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée à présenter un TDC durant l'enfance.

Comme chez les délinquants dont le TDC est identifié par le DSM-IV, ceux dont le TDC est identifié à partir du CBCL sont plus des deux-tiers qui souffrent d'un TDC sévère, aucune différence significative n'étant notée entre les jeunes ayant un TDC délinquant (67,4%), les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (66,7%) et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (82,5%).

4.12.2 Caractéristiques spécifiques du trouble des conduites : l'âge au diagnostic

Cette section concerne l'âge auquel l'adolescent a officiellement été diagnostiqué avec un TDC suite à une consultation médicale. En moyenne, les jeunes ont été diagnostiqués vers l'âge de 14 ans et demi (14,4 ans; É.T. 3,1); le diagnostic le plus précoce a été posé à 4 ans et le plus tardif à 18 ans. Des différences statistiquement significatives sont notées entre les délinquants identifiés sur la base du DSM-IV et du CBCL.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Les délinquants bipolaires (12,7 ans; É.T. 2,7) ont été les plus jeunes à recevoir un diagnostic de TDC, suivis des délinquants hyperactifs (13,1 ans; É.T. 3,4) et, plus de deux ans plus tard, des délinquants sans pathologie associée (15,4 ans; É.T. 2,6). L'analyse de différence de moyennes, réalisée à l'aide du One-Way Anova, révèle que les délinquants sans pathologie associée sont nettement plus âgés que les délinquants hyperactifs ($F = 8,506; p \leq 0,001$) lorsqu'ils sont diagnostiqués avec un TDC. Malgré leur moyenne d'âge apparemment inférieure aux délinquants hyperactifs au moment du diagnostic, les délinquants bipolaires ne se distinguent pas de façon statistiquement significative des deux autres groupes de délinquants.

Biederman et coll. (1999) affirment que les délinquants bipolaires tendent à être diagnostiqués avec un TDC un peu plus tôt que les délinquants sans pathologie associée (6,9 ans vs 7,6 ans), mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Sans que les âges moyens au moment du diagnostic soient si précoces chez les délinquants de notre échantillon, la différence entre les groupes de délinquants demeure la même, c'est-à-dire que les jeunes avec une MAB reçoivent leur diagnostic plus tôt que ceux sans ce trouble de l'humeur. Enfin, Kovacs et Pollock (1995) mentionnent que le diagnostic de TDC est premièrement posé à l'âge de 12,5 ans en moyenne chez les délinquants bipolaires de leur échantillon, ce qui est presque identique à ceux de notre groupe échantillon (12,7 ans).

Puisque le diagnostic du trouble des conduites requiert une consultation médicale et que des mesures sociales et scolaires avaient déjà été prises pour intervenir auprès de ces jeunes en raison des troubles sévères du comportement qu'ils manifestaient, il est probable que cette consultation auprès du personnel médical ait eu lieu au début de l'adolescence. Cela aurait pour conséquence de retarder la date du diagnostic officiel de TDC à l'adolescence, et ce, même si les symptômes du TDC ou les troubles sévères du comportement auraient débuté durant l'enfance pour les délinquants hyperactifs et les délinquants bipolaires. Cela peut expliquer pourquoi ces deux groupes de jeunes présentent des moyennes significativement inférieures aux délinquants sans pathologie associée lorsqu'un diagnostic est posé.

TDC identifié à partir du CBCL

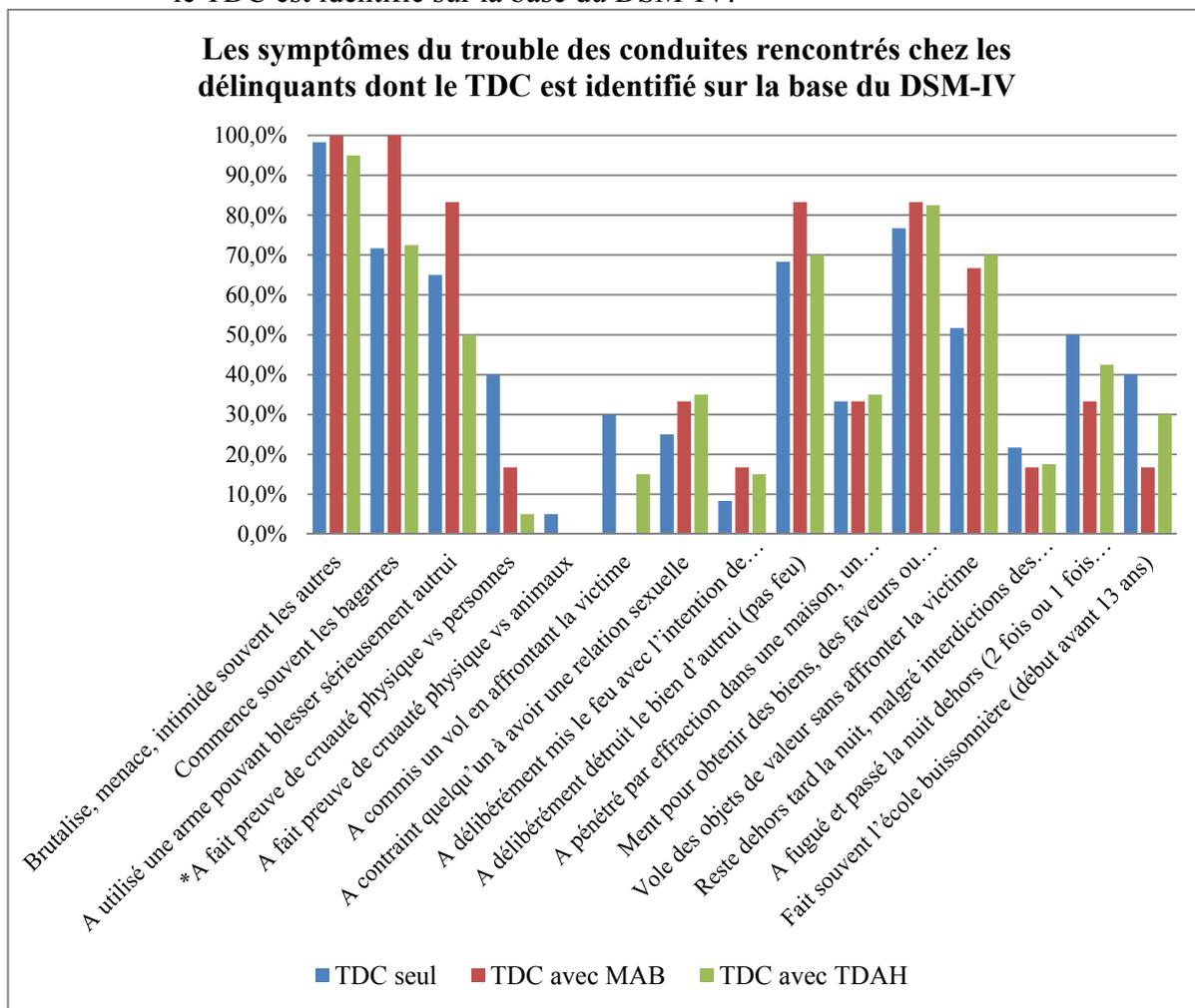
Similairement aux adolescents dont le TDC est identifié par le DSM-IV, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (12,4 ans; É.T. 4,1) sont les premiers à avoir été diagnostiqués avec un TDC, suivi des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (14,1 ans; É.T. 2,8) et des jeunes avec un TDC délinquant (15,5 ans; É.T. 2,4). Ces moyennes sont très similaires à celles obtenues pour les délinquants identifiés sur la base du DSM-IV, sauf celle des jeunes présentant un TDC avec des symptômes du TDAH : celle-ci étant supérieure de près d'un an à celle des délinquants hyperactifs (14,1 ans vs 13,1 ans). Enfin, l'âge moyen au moment du diagnostic du groupe des jeunes de notre échantillon ayant un TDC avec une MAB-J (12,4 ans) se révèle similaire à celui obtenu pour les jeunes délinquants bipolaires (12,7 ans) et aux adolescents délinquants bipolaires de l'étude de Kovacs et Pollock (1995 : 12,5 ans).

L'analyse de comparaison des moyennes (One-Way Anova) révèle une différence statistiquement significative entre l'âge au moment du diagnostic de TDC des jeunes ayant un TDC délinquant et ceux des deux autres groupes ($F = 7,847$; $p \leq 0,001$), toutefois les variances sont hétérogènes puisque le test de Levene est significatif ($p \leq 0,01$). Dans ce cas, les coefficients recommandés pour les tests post-hocs sont le *Tamhane* et le *Dunnnett T3*. Les résultats obtenus à partir de ces deux tests montrent que les jeunes ayant un TDC délinquant demeurent significativement plus âgés ($p \leq 0,05$) que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH au moment où ils reçoivent ce diagnostic.

4.12.3 Caractéristiques spécifiques du trouble des conduites : les symptômes

Les quinze symptômes du TDC sont divisés en quatre catégories identifiées comme suit : les agressions envers les personnes et les animaux, la destruction de biens matériels, la fraude ou le vol, les violations graves de règles établies. Ces symptômes ont été colligés au cours de l'année précédant la date d'admission s'en remettant aux comportements adoptés par les jeunes. Très peu de différences significatives sont notées entre les groupes de délinquants : il n'y en a qu'une seule chez ceux identifiés par le DSM-IV et trois chez ceux identifiés par le CBCL. Les figures 2 et 3 illustrent les symptômes du TDC manifestés par les adolescents durant l'année précédant leur admission à l'IPPM pour leur évaluation.

Figure 2. Les symptômes du trouble des conduites rencontrés chez les délinquants dont le TDC est identifié sur la base du DSM-IV.



* Délinquants sans pathologie associée (40,0%) > délinquants hyperactifs (5,0%) : $p \leq 0,001$

Tel qu'indiqué dans la figure 2, une seule variable présente une différence significative entre les groupes de jeunes. Les délinquants sans pathologie associée auraient été proportionnellement plus nombreux que les délinquants hyperactifs à avoir fait preuve de cruauté physique envers les personnes (40,0% vs 5,0% : $p \leq 0,001$). Dans cette catégorie étaient inclus les crimes graves commis contre la personne tel un meurtre, une tentative de meurtre, un homicide involontaire et des voies de fait graves. Par le fait même, cette variable donne un aperçu du type de délit commis par les jeunes au cours de l'année précédant leur admission en évaluation à l'IPPM.

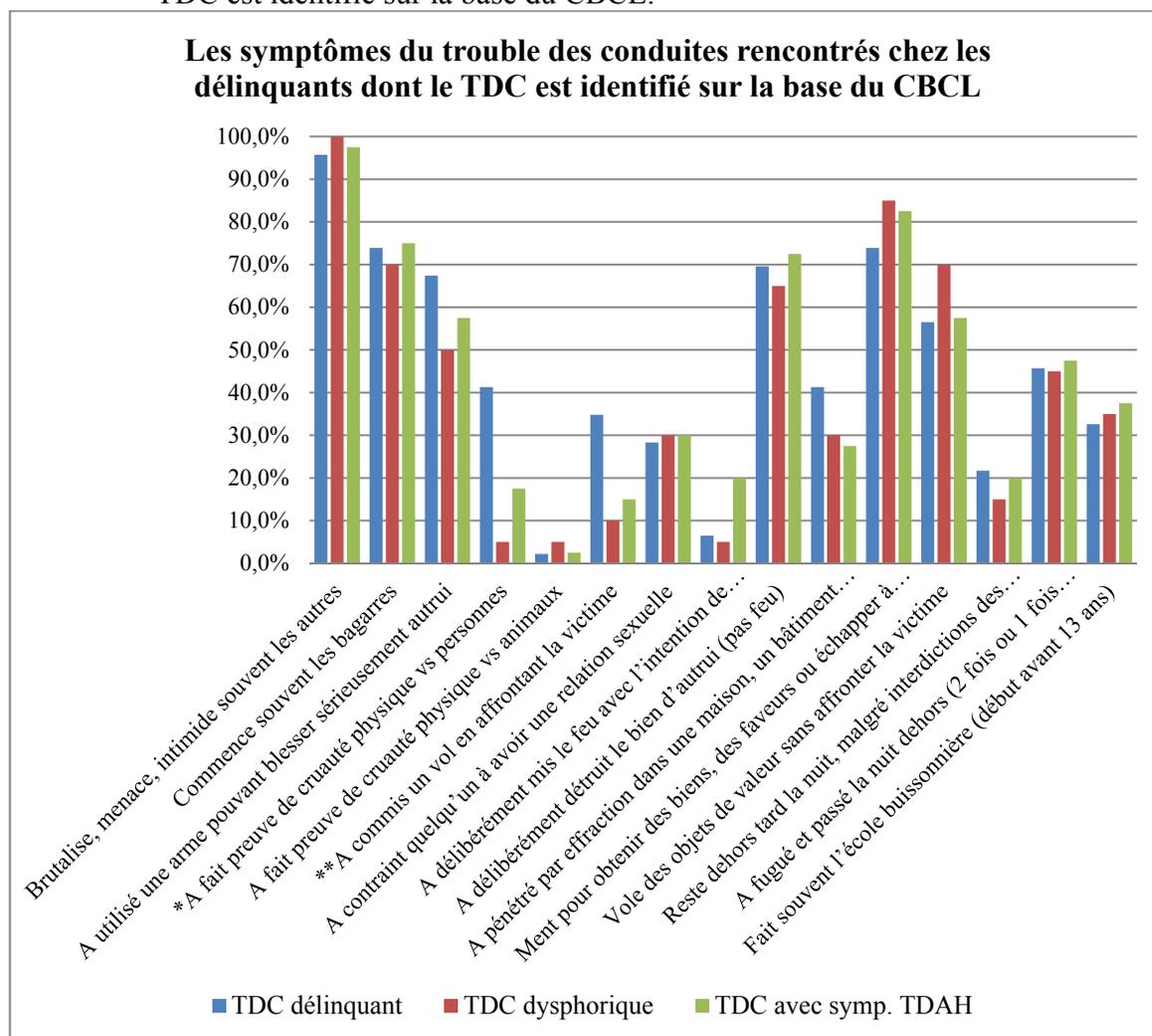
Une seule recherche réalisée par Biederman et coll. (1997) a rapporté une proportion de vandalisme²⁷ significativement plus élevée chez les délinquants bipolaires que chez les délinquants sans pathologie associée. Cette donnée, recueillie lors d'une collecte de données initiale auprès des jeunes de leur échantillon, ne montre plus de différence significative lors de collecte de données de suivi qui a eu lieu quatre ans plus tard. Ces auteurs concluent leur recherche en soulignant que les symptômes les plus prévalents chez les délinquants de leur échantillon sont les bagarres, le vandalisme, les mensonges, les vols sans affronter la victime et l'école buissonnière. Cette recherche précise que les symptômes les plus fréquents chez les délinquants bipolaires sont les bagarres (collecte de données initiale et de suivi) et le vandalisme (collecte initiale), alors que chez les délinquants sans pathologie associée ce sont les mensonges (collecte de données initiale et de suivi), les vols sans affronter la victime (collecte de suivi) et l'école buissonnière (collecte de suivi). Il existe une certaine constance entre la collecte de données initiales et de suivi pour deux de ces variables : les délinquants bipolaires sont fréquemment impliqués dans les bagarres et les délinquants sans pathologie associée utilisent fréquemment le mensonge pour arriver à leurs fins.

Plusieurs recherches de Biederman et coll. (1999; 2000; 2003) ont reconnu la similitude des symptômes du TDC entre les délinquants bipolaires et les délinquants sans pathologie associée, au point où aucune différence statistiquement significative n'est notée entre ces deux groupes. Les symptômes les plus fréquemment rapportés (se retrouvant chez plus de 40% des jeunes) chez les délinquants bipolaires sont les bagarres, le vandalisme, les mensonges, l'utilisation d'une arme, alors que chez les délinquants sans pathologie associée ce sont les vols sans affronter la victime, les bagarres, le vandalisme et les mensonges. Il importe de mentionner que Biederman et coll. (1997; 1999; 2000; 2003) ont utilisé le DSM-III-TR pour diagnostiquer le TDC, alors que nous avons eu recours au DSM-IV : l'édition antérieure reconnaît que le TDC est constitué de treize symptômes, alors que dans la suivante il en a quinze. Il n'y a donc aucune donnée relative à deux symptômes dans les études de Biederman et coll., soit « a contraint quelqu'un à avoir une relation sexuelle » et « brutalise, menace, intimide souvent les autres ».

²⁷ Dans notre rapport, le vandalisme est identifié comme étant le symptôme du TDC : « a délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu) ».

Nos résultats sont relativement similaires à ceux de Biederman et coll. (1999; 2000; 2003), sauf pour quelques symptômes affichant des différences plus importantes (> 25%) entre les groupes comparables. Les délinquants sans pathologie associée de notre échantillon sont ainsi proportionnellement plus nombreux que ceux des recherches de Biederman à utiliser une arme (65% vs 35%), à commettre un vol en affrontant la victime (30% vs 1%) et à fuguer et passer la nuit dehors (50% vs 10%). Les délinquants bipolaires de notre échantillon ont pour leur part été plus nombreux que ceux des échantillons de Biederman et coll. à commencer des bagarres (100% vs 67%), à utiliser une arme (83,3% vs 48%) et à commettre un vol sans affronter la victime (66,7% vs 36%), mais ils ont été moins nombreux à être cruels envers les animaux (0% vs 33%).

Figure 3. Les symptômes du trouble des conduites rencontrés chez les délinquants dont le TDC est identifié sur la base du CBCL.



* Jeunes ayant un TDC délinquant (41,3%) > jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (5,0%) : $p \leq 0,01$

* Jeunes ayant un TDC délinquant (41,3%) > jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (17,5%) : $p \leq 0,05$

** Jeunes ayant un TDC délinquant (34,8%) > jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (15,0%) : $p \leq 0,05$

Tel qu'illustré dans la figure 3, seulement deux symptômes du TDC affichent des différences significatives entre les groupes de délinquants distingués par le CBCL. En fait, les jeunes ayant un TDC délinquant sont significativement plus nombreux que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (41,3% vs 5,0% : $p \leq 0,01$) et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (41,3% vs 17,5% : $p \leq 0,05$) à avoir fait preuve de cruauté physique envers les personnes. De leur côté, les jeunes ayant un TDC délinquant auraient été proportionnellement plus nombreux que les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH à commettre un vol en affrontant leur victime (34,8% vs 15,0% : $p \leq 0,05$). Même si les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J affichent une proportion inférieure (10,0%) à ces derniers, la différence n'atteint pas un seuil statistiquement significatif ($p = 0,069$).

Comme chez les délinquants distingués sur la base du DSM-IV, les proportions de jeunes manifestant différents symptômes du TDC pour les groupes de délinquants comparables sont aussi relativement assez similaires à ceux de Biederman et coll. (1999; 2000; 2003); seuls quelques symptômes affichent des différences plus importantes ($> 25\%$). Ainsi, les jeunes ayant un TDC délinquant de notre échantillon sont proportionnellement plus nombreux que ceux des recherches de Biederman et coll. à utiliser une arme (67,4% vs 35%), à commettre un vol en affrontant la victime (34,8% vs 1%), à entrer par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture (41,3% vs 16%) et à fuguer et passer la nuit dehors (45,7% vs 10%), mais ils ont été moins nombreux à être cruels envers les animaux (5% vs 33%). Les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J de notre échantillon, ont pour leur part été plus nombreux que ceux des échantillons de Biederman et coll. à commettre un vol sans affronter la victime (70% vs 36%) et à fuguer et passer la nuit dehors (45% vs 13%), mais moins nombreux que ceux-ci à être cruels envers les animaux (5% vs 33,3%) et les personnes (5% vs 33,3%).

Pour terminer, aucune différence significative n'est notée entre les délinquants quant au nombre moyen de symptômes du TDC ; tous les groupes présentent en moyenne entre six et sept symptômes sur un total de quinze. Chez les délinquants identifiés sur la base du DSM-IV, la moyenne des symptômes du TDC est ainsi similaire entre les délinquants sans pathologie associée (6,9; É.T. 2,2), les délinquants bipolaires (6,8; É.T. 2,3) et les délinquants hyperactifs (6,4; É.T. 2,0). Le constat est le même pour les adolescents dont le

TDC est identifié sur la base du CBCL : les jeunes ayant un TDC délinquant (6,9; É.T. 2,3), les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (6,4; É.T. 1,9) et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (6,6; É.T. 1,9) affichent une moyenne de symptômes de TDC similaire. Biederman et coll. (1999) notent que les délinquants bipolaires affichent une moyenne de symptômes supérieure aux délinquants sans pathologie associée (4,6 vs 3,7 : $p \leq 0,01$). Ces moyennes sont par ailleurs inférieures aux nôtres, probablement parce que les chercheurs ont eu recours au DSM-III-TR (13 symptômes) pour diagnostiquer le TDC plutôt qu'au DSM-IV (15 symptômes).

4.13 Données relatives aux antécédents psychiatriques

Les données relatives aux antécédents psychiatriques regroupent les informations concernant quatre diagnostics psychiatriques fréquemment rencontrés avec le TDC, c'est-à-dire le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), l'épisode dépressif majeur et l'épisode maniaque (MAB). Ces données proviennent de consultations médicales antérieures et du rapport psychiatrique actuel. Les rapports des centres jeunesse, ainsi que l'adolescent et ses parents, lorsqu'ils ont été rencontrés, peuvent s'avérer des sources d'information complémentaire.

Tel que mentionné précédemment, les groupes de TDC des délinquants de notre échantillon ont été classés selon la présence ou l'absence d'un diagnostic de MAB ou de TDAH selon le DSM-IV. La prévalence de ces troubles et la comparaison avec les recherches cliniques ont été rapportées dans la partie 4.3 de ce rapport (prévalence des troubles psychiatriques associés au TDC). Pour éviter la redondance des informations, nous traiterons seulement des autres troubles.

4.13.1 Données relatives aux antécédents de troubles perturbateurs du comportement

Les troubles perturbateurs du comportement incluent le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le trouble des conduites (TDC). Tous les jeunes de notre échantillon présentent un TDC (100%), car il s'agissait du critère d'inclusion pour notre recherche, 67% ont été diagnostiqués avec un TDAH et 24,5% avec un TOP associé.

La proportion de TOP (24,5%) notée dans notre étude est légèrement plus élevée que celle de l'échantillon de Teplin et coll. (2005 : 14,5%), mais presque identique à celle de Pliszka et coll. (2000 : 24,0%). Puisque le TDC et le TOP sont souvent associés entre eux et sont fréquemment rencontrés chez des jeunes en centre de détention, il est possible que la faible proportion d'adolescents avec un TOP dans l'étude de Teplin et coll. (2005) soit liée au fait qu'ils sont peu nombreux (37,8%) à présenter un TDC.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Avant leur admission à l'IPPM, plusieurs délinquants ont été diagnostiqués avec un ou plusieurs troubles perturbateurs du comportement. En fait, les délinquants sans pathologie associée affichent les proportions les plus faibles de TOP (21,7%) et de TDAH (43,3%). Presque tous les délinquants bipolaires (83,3%) présentent un TDAH et le tiers ont été diagnostiqué avec un TOP (33,3%). Chez les délinquants hyperactifs, un peu plus du quart (27,5%) ont reçu le diagnostic de TOP et tous présentent un TDAH. Ils sont ainsi proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée (100% vs 43,3%; $p \leq 0,001$) à présenter un diagnostic de TDAH. Malgré leur proportion élevée, les délinquants bipolaires n'atteignent pas un seuil statistiquement significatif pour ce qui est de la différence avec les autres groupes. Similairement aux conclusions de Biederman et coll. (1999; 2003), les délinquants bipolaires de notre échantillon s'avèrent proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée à souffrir d'un TDAH (92% vs 78%; $p \leq 0,05$).

La proportion de TOP (24%) dans notre échantillon est nettement inférieure à celle rapportée par Biederman et coll. (1997, 1999, 2003) qui soulignent que ce trouble touche la majorité des jeunes de leur échantillon (64% à 100%). Contrairement à ces recherches, nos résultats n'indiquent pas de différences significatives entre les groupes. Il est fort possible que cela soit attribuable au fait que le groupe avec lequel les différences sont notées présente seulement un TDAH et que l'absence du TDC explique les résultats de ces recherches.

Il importe de mentionner que lors de leur évaluation à l'IPPM, le TDAH n'a pas été retenu chez les délinquants sans pathologie de notre échantillon, autrement ils seraient classés dans le groupe des délinquants hyperactifs, mais cela ne veut pas dire qu'il n'était pas

présent antérieurement. Tel que noté par Barkley (1996), plusieurs enfants hyperactifs continuent de rencontrer les critères diagnostics du TDAH à l'adolescence, mais, pour un certain nombre d'entre eux, le TDAH s'atténue au point où ils n'en rencontrent plus les critères à l'adolescence.

Tableau 36. Âge moyen au diagnostic de troubles perturbateurs du comportement chez les adolescents selon le type de TDC identifié sur la base du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1)	TDC et MAB (gr. 2)	TDC et TDAH (gr. 3)	<i>One-Way Anova</i>
Âge moyen au diagnostic (écart-type)				
<i>TDAH</i>	9,4 (4,0)	9,4 (3,4)	9,5 (3,8)	$F = 0,001$; N.S.
<i>TOP</i>	13,9 (3,70)	10,0 (5,6)	11,5 (3,6)	$F = 1,682$; N.S.

Tel qu'indiqué dans le tableau 36, l'âge moyen au moment où est posé le diagnostic de TDAH est quasiment identique pour les trois groupes de délinquants de notre échantillon classés en fonction du DSM, soit environ 9 ans et demi, alors que l'âge moyen au diagnostic de TOP varie entre l'âge de 10 ans et près de 14 ans entre les groupes : en moyenne, le TDAH est diagnostiqué à 9,4 ans (É.T. 3,8) et le TOP à 12,5 ans (É.T. 3,8). En lien avec le TDAH, Barkley (1996) mentionne qu'il se manifeste vers environ 3 ou 4 ans chez les enfants, mais devient problématique en début de scolarisation, soit entre 5 et 7 ans. Comme pour Barkley, nos données indiquent qu'il s'écoulerait quelques années entre le moment où le TDAH est une source notable de difficultés pour les jeunes et le moment où ce trouble est identifié et diagnostiqué.

Étrangement, l'étendue de l'âge moyen au diagnostic de TDAH va de 3 à 17 ans, ce qui, dans le deuxième cas, est assez tardif pour l'identification de ce trouble. L'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1997b) souligne que le TDAH se produirait en premier dans l'évolution des comportements extériorisés (TDAH – TOP – TDC). Parmi les jeunes ayant présenté un TDAH au cours de leur vie, on trouve 15,4% de délinquants sans pathologie associée (4/26), 20% des délinquants bipolaires (1/5) et 22,5% des jeunes hyperactifs (9/40) qui se sont vu apposer ce diagnostic après l'âge de 14 ans. Cela dit, nous avons retenu l'âge de 14 ans pour deux raisons : 1) l'ordre de présentation des troubles selon l'AACAP qui stipule que le TDAH se produit avant le TDC et 2) le fait que l'âge moyen au diagnostic de TDC chez les jeunes de notre échantillon s'établit à 14,4 ans. Ainsi,

le TDAH a été identifié assez tard chez certains jeunes, ce qui est plutôt surprenant compte tenu que la majorité d'entre eux présentent des symptômes du trouble des conduites depuis leur enfance (avant 10 ans). Tous les délinquants sans pathologie associée et les délinquants bipolaires ayant été diagnostiqués avec un TDAH après l'âge de 14 ans souffrent d'un TDC à début durant l'enfance. Seuls les délinquants hyperactifs ayant reçu un diagnostic de TDAH après l'âge de 14 ans présentent un TDC à début durant l'enfance (33,3%) et un TDC à début durant l'adolescence (66,7%). En lien avec cette observation, nous nous demandons s'il serait possible que les symptômes identifiés comme étant ceux d'un TDAH puissent être ceux d'une MAB-J.

TDC identifié à partir du CBCL

Les troubles perturbateurs du comportement sont moins fréquents chez les jeunes ayant un TDC délinquant. En effet, ces derniers sont proportionnellement moins nombreux à avoir un antécédent de TDAH que les jeunes présentant un TDC avec une MAB-J (41,3% vs 90,0%; $p \leq 0,001$) et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (41,3% vs 85,0%; $p \leq 0,001$). Pour leur part, les jeunes avec un TDC avec une MAB-J sont significativement plus nombreux à avoir reçu un diagnostic de TOP que les jeunes ayant un TDC délinquant (50,0% vs 17,4%; $p \leq 0,05$) et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (50,0% vs 24,5%; $p \leq 0,05$). Similairement aux conclusions de Biederman et coll. (1999), les délinquants de notre échantillon avec une MAB-J potentielle sont proportionnellement plus nombreux que les jeunes avec un TDC seul à présenter un TOP (99% vs 88%; $p \leq 0,05$).

Tableau 37. Âge moyen au diagnostic de troubles perturbateurs du comportement chez les adolescents selon le type de TDC identifié sur la base du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	<i>One-Way Anova</i>
Âge moyen au diagnostic (écart-type)				
<i>TDAH</i>	9,2 (3,8)	9,2 (3,0)	9,7 (4,3)	$F = 0,127$ N.S.
<i>TOP</i>	14,0 (3,9)	11,7 (3,6)	12,1 (4,3)	$F = 0,835$ N.S.

Comme chez les délinquants identifiés sur la base du DSM-IV, le tableau 37 révèle que l'âge moyen lorsque survient le diagnostic de TDAH est quasiment identique entre les trois groupes de délinquants. Les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J sont plus âgés en

moyenne que les délinquants bipolaires de près de deux ans lorsque le diagnostic de TOP est posé. Pour leur part, les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH et les délinquants hyperactifs (12,1 ans vs 11,5 ans), ainsi que les délinquants sans pathologie associée et les jeunes ayant un TDC délinquant (13,9 ans vs 14,0 ans) ont été diagnostiqué avec un TOP à un âge similaire (groupe DSM-IV et CBCL).

4.13.2 Données relatives aux antécédents de troubles de l'humeur

Les jeunes de notre étude présentant des troubles de l'humeur englobent l'épisode dépressif majeur et l'épisode maniaque (MAB). Dans notre échantillon, neuf jeunes (8,5%) ont été diagnostiqués avec un épisode dépressif majeur et six (5,7%) ont rencontré les critères diagnostiques de la MAB (voir partie 4.3). La proportion des jeunes de notre étude ayant présenté un épisode dépressif majeur est plus faible que celle notée par plusieurs recherches réalisées auprès de différents échantillons de jeunes. Par exemple, la prévalence de la dépression majeure est chiffrée à 18,5% dans un échantillon représentatif d'adolescents (Lewinsohn et *al.*, 1995) et à 19% pour des adolescents référés en psychiatrie (Kutcher, Marton, Korenblum, 1989). S'agissant de délinquants en centre de détention, un épisode dépressif a été diagnostiqué chez 13% des jeunes de l'échantillon de Teplin et coll. (2005) et chez 20% de ceux de l'échantillon de Plizska et coll. (2000).

Puisque les troubles de l'humeur et le trouble des conduites apparaissent en cooccurrence souvent chez un même individu et que notre échantillon est exclusivement composé de délinquants (TDC), nous nous attendions à observer une prévalence plus élevée de dépression majeure et de MAB (typique ou atypique) que celles observées dans d'autres études, ce qui n'est pas le cas. Il faut ici se rappeler que certains adolescents souffrant d'un épisode dépressif majeur ou d'un épisode maniaque ont été exclus de notre recherche en raison de l'absence d'un TDC. Néanmoins, il est possible que ces troubles de l'humeur soient difficiles à identifier chez des adolescents manifestant des troubles extériorisés du comportement, tel un TOP ou un TDC.

À partir du dossier de l'adolescent, nous avons relevé si des symptômes dépressifs et maniaques étaient rapportés par les jeunes au cours de leur vie. Cette information est généralement inscrite dans le rapport psychiatrique et/ou les notes professionnelles incluse

dans le dossier. Issu de ces sources, vingt adolescents (18,9%) rapportent des symptômes de nature dépressive et treize (12,2%) affirment avoir eu des symptômes de nature maniaque.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Les deux-tiers des délinquants bipolaires rapportent des symptômes dépressifs, ce qui est significativement plus élevé que les délinquants sans pathologie associée (66,7% vs 13,3%; $p \leq 0,01$) et les délinquants hyperactifs (66,7% vs 20,0%; $p \leq 0,05$). Malgré cela, seulement 5,0% des délinquants sans pathologie associée, 16,7% des délinquants bipolaires et 12,5% des délinquants hyperactifs ont officiellement été diagnostiqués avec un épisode dépressif majeur.

Dans notre échantillon, six délinquants ont été diagnostiqués avec une MAB et sont appelés délinquants bipolaires (voir partie 4.3). Dans les deux autres groupes, respectivement 6,7% des délinquants sans pathologie associée et 7,5% des délinquants hyperactifs rapportent avoir présenté des symptômes maniaques au cours de leur vie.

Pour ce qui est de l'âge moyen au moment où est posé le diagnostic de l'épisode dépressif majeur, aucune différence statistiquement significative n'est notée entre les trois groupes de délinquants ($F = 0,405$; N.S.). Il faut toutefois être très prudent dans la présentation de ces résultats, car les groupes comptent peu de jeunes. Pour la MAB, l'âge moyen au diagnostic est 14,3 ans (É.T. 3,7). Les recherches cliniques de Lewinsohn et coll. (1995) rapportent qu'auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents, la dépression majeure est diagnostiquée à en moyenne 15,0 ans (É.T. 2,8), ce qui est similaire à l'âge moyen noté dans notre échantillon allant de 14,8 à 16,0 ans. Plizska et coll. (2000) ont noté que le premier épisode dépressif se produisait en moyenne vers 11,2 ans (É.T. 2,3) et la MAB vers 13,6 ans (É.T. 1,5) pour leur échantillon composé d'adolescents délinquants en centre de détention. L'âge moyen des jeunes de notre échantillon au premier épisode de trouble de l'humeur (dépression majeure et MAB) est donc plus élevé que dans l'étude de Plizska et coll. (2000).

TDC identifié à partir du CBCL

Vingt adolescents (18,9%) ont rapporté avoir souffert de symptômes dépressifs au cours de leur vie. Pour être plus précis, il s'agit de 15,2% des jeunes avec un TDC délinquant, 30,0%

des jeunes avec un TDC avec une MAB-J et 17,5% des jeunes avec un TDC avec des symptômes du TDAH. Seulement neuf d'entre eux ont été diagnostiqués avec un épisode dépressif majeur, c'est-à-dire 6,5% des jeunes avec un TDC délinquant, 20,0% des jeunes avec un TDC avec une MAB-J et 5,0% des jeunes avec un TDC avec des symptômes du TDAH. Aucune différence statistiquement significative n'est identifiée entre les trois groupes tant pour les symptômes dépressifs auto-rapportés que pour le diagnostic officiel.

Treize adolescents (12,2%) affirment avoir manifesté des symptômes maniaques au cours de leur vie, variant entre 2,2% et 25,0% des jeunes selon les groupes. Les jeunes ayant un TDC délinquant sont significativement moins nombreux que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (2,2% vs 25,0%; $p \leq 0,01$) et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (2,2% vs 17,5%; $p \leq 0,05$) à rapporter des symptômes maniaques. Officiellement, 10% des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J et 10% des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH ont reçu un diagnostic de MAB. Aucun jeune ayant un TDC délinquant ne présente de MAB, ce qui se distingue significativement des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (0% vs 10%; $p \leq 0,05$).

Tableau 38. Âge moyen au diagnostic de troubles de l'humeur chez les adolescents selon le type de TDC identifié sur la base du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	<i>One-Way Anova</i>
Âge moyen au diagnostic (écart-type)				
<i>Épisode dépressif majeur</i>	13,7 (1,5)	15,8 (0,5)	16,5 (0,7)	$F = 5,901; p \leq 0,05$
<i>Épisode maniaque</i>	-	16,0 (1,4)	13,5 (4,4)	$F = 0,565$ N.S.

Comme le montre le tableau 38, l'analyse de différences des moyennes (One-Way Anova) révèle une différence significative ($F = 5,901; p \leq 0,05$) entre les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J et les jeunes ayant un TDC délinquant quant à l'âge moyen où survient le diagnostic d'un premier épisode dépressif majeur. Malgré le fait que l'âge moyen des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH soit supérieur aux deux autres groupes à cet égard, la différence n'est pas statistiquement significative. Pour ce qui est de la MAB, aucune différence significative n'est notée quant à l'âge moyen où le diagnostic de ce trouble de l'humeur apparaît entre les deux groupes de jeunes qui le présentent.

4.13.3 Données relatives aux idées suicidaires et tentatives de suicide

Dans notre échantillon, globalement 43,4% des jeunes affirment avoir présenté des idées suicidaires ou commis une tentative de suicide dans le passé.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Au cours de leur vie, 60,0% des délinquants hyperactifs, 50,0% des délinquants bipolaires et 31,7% des délinquants sans pathologie associée ont présenté des idées suicidaires ou ont fait une tentative de suicide. Les délinquants hyperactifs sont proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée (60,0% vs 31,7%; $p \leq 0,01$) à avoir eu ces idées ou adopté ce type de comportement.

TDC identifié à partir du CBCL

Similairement aux groupes de délinquants identifiés sur la base du DSM-IV, parmi les jeunes distingués en fonction du CBCL ceux présentant un TDC avec des symptômes du TDAH sont significativement plus nombreux que les jeunes ayant un TDC délinquant (55,0% vs 30,4%; $p \leq 0,05$) à confier avoir eu des idées suicidaires ou commis des tentatives de suicide. Les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J affichent une proportion de 50,0%, ce qui est identique aux délinquants bipolaires. En somme ici, les différences de proportions sont insuffisantes pour atteindre un seuil statistiquement significatif.

4.13.4 Données relatives à la médication prescrite

Dans notre échantillon, les jeunes ayant reçu un diagnostic de TDAH ont presque tous (91,5%) reçu un traitement médicamenteux (ex. psychostimulants) pour ce trouble au cours de leur vie. Par ailleurs, tous les adolescents ayant présenté un trouble dépressif majeur ont été traités à l'aide d'un antidépresseur ou un antipsychotique atypique, tandis que seulement 66,7% des jeunes souffrant d'une MAB ont été traités à l'aide d'un stabilisateur de l'humeur, un anticonvulsivant ou antipsychotique atypique. Aucun jeune bipolaire n'a reçu de prescription de lithium (stabilisateur de l'humeur).

Les informations suivantes ne concernent que la médication prescrite aux adolescents au cours de leur période d'évaluation à l'IPPM et non celle qu'ils ont pris au cours de leur vie.

TDC identifié à partir du DSM-IV

Tel qu'il apparaît dans le tableau 39, les délinquants bipolaires se démarquent des autres délinquants pour leur proportion élevée de médication. En effet, ils sont significativement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée (33,3% vs 1,7% : $p \leq 0,05$) et les délinquants hyperactifs (33,3% vs 0,0% : $p \leq 0,05$) à prendre des anticonvulsivants et/ou des stabilisateurs de l'humeur. Ils sont aussi proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée à avoir une prescription de neuroleptique atypique (66,7% vs 23,3% : $p \leq 0,05$) et malgré que 40,0% des délinquants hyperactifs reçoivent aussi cette médication, ils ne se distinguent pas de manière statistiquement significative.

Tableau 39. Informations sur la médication des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1)	TDC et MAB (gr. 2)	TDC et TDAH (gr. 3)	<i>Fisher's Exact Test</i>
Médication prescrite à l'IPPM				
<i>Anticonvulsivants/ Stabilisateur de l'humeur</i>	1,7 %	33,3 %	0,0 %	2 > 1; $p \leq 0,05$ 2 > 3; $p \leq 0,05$
<i>Neuroleptiques atypiques</i>	23,3 %	66,7 %	40,0 %	2 > 1; $p \leq 0,05$
<i>Psychostimulants</i>	10,0 %	50,0 %	72,5 %	2 > 1; $p \leq 0,05$ 3 > 1; $p \leq 0,001$
<i>Antidépresseurs ISRS</i>	11,7 %	0,0 %	12,5 %	N. S.

TDC identifié à partir du CBCL

Alors que les délinquants bipolaires se distinguaient des deux autres groupes pour leur proportion élevée de prise d'anticonvulsivants et/ou de stabilisateurs de l'humeur, aucune différence significative n'est notée entre les groupes identifiés sur la base du CBCL quant à cette médication (2,2% à 5,0%), tel qu'indiqué dans le tableau 40. Plutôt, ce sont maintenant les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH qui se démarquent significativement des jeunes ayant un TDC délinquant (42,5% vs 19,6% : $p \leq 0,05$) pour leur prescription élevée de neuroleptiques atypiques, tandis qu'en regard des groupes distingués sur la base du DSM-IV c'était le groupe des délinquants bipolaires qui affichaient une proportion nettement plus élevée (66,7%) de jeunes recevant ce médicament.

Tableau 40. Informations sur la médication des adolescents selon le type de TDC identifié à partir du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	Fisher's Exact Test
Médication prescrite à l'IPPM				
<i>Anticonvulsivants/ Stabilisateur de l'humeur</i>	2,2 %	5,0 %	2,5 %	N.S.
<i>Neuroleptiques atypiques</i>	19,6 %	40,0 %	42,5 %	$3 > 1; p \leq 0,05$
<i>Psychostimulants</i>	15,2 %	45,0 %	55,0 %	$2 > 1; p \leq 0,05$ $3 > 1; p \leq 0,001$
<i>Antidépresseurs ISRS</i>	15,2 %	10,0 %	7,5 %	N. S.

Sans que s'affiche une différence statistiquement significative, on note que 40,0% des jeunes avec un TDC avec une MAB-J se sont vu prescrire des neuroleptiques atypiques. Similairement à ce que nous avons observé pour les délinquants dont le TDC est identifié sur la base du DSM-IV, les jeunes ayant un TDC seul sont proportionnellement moins nombreux que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (15,2% vs 45,0% : $p \leq 0,05$) et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (15,2% vs 55,0% : $p \leq 0,001$) à prendre des psychostimulants. Pour terminer, signalons qu'entre 7,5% et 15,2% des jeunes ont une prescription d'antidépresseurs au terme de leur évaluation à l'IPPM.

4.14 Données relatives à la cotation des trois échelles du CBCL

La partie des données relatives à la cotation des trois échelles de comportements du CBCL est composée des résultats des jeunes aux échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs du CBCL. Tel que mentionné au moment de présenter la méthodologie de l'étude, la cotation de ces items se base sur les notes d'observation de l'équipe traitante, le rapport psychologique et le rapport psychiatrique au dossier et se limite à la période d'évaluation à l'IPPM (60 jours).

TDC identifié à partir du DSM-IV

Le tableau 41 résume les résultats aux trois échelles du CBCL pour les trois groupes de TDC identifiés sur la base du DSM-IV. Aucun résultat statistiquement significatif n'est noté à l'échelle anxio-dépressive.

À l'échelle des troubles attentionnels, l'analyse de différence de moyennes (One-Way Anova) révèle une différence significative ($F = 30,465$; $p \leq 0,001$) entre les groupes. En fait, les délinquants sans pathologie associée affichent une moyenne inférieure aux délinquants bipolaires et aux délinquants hyperactifs à l'échelle de troubles attentionnels.

À l'échelle des comportements agressifs, une différence significative entre les trois groupes est notée ($F = 22,982$; $p \leq 0,001$) signifiant que les délinquants sans pathologie associée ont une moyenne inférieure aux délinquants bipolaires et aux délinquants hyperactifs à cette échelle. Ce résultat est similaire aux conclusions de Biederman et coll. (1999) qui indiquaient que l'échelle des comportements agressifs affiche une moyenne significativement plus élevée chez les délinquants bipolaires que chez les délinquants sans pathologie associée.

Tableau 41. Résultats aux trois échelles du CBCL selon le type de TDC identifié sur la base du DSM-IV.

	TDC seul (gr. 1)	TDC et MAB (gr. 2)	TDC et TDAH (gr. 3)	One-Way Anova
Moyenne aux échelles (écart-type)				
<i>Anxio-dépressive (/14)</i>	2,2 (2,5)	3,2 (1,7)	2,6 (2,1)	$F = 0,618$; N.S.
<i>Troubles attentionnels (/11)</i>	2,3 (1,7)	5,0 (1,1)	4,7 (1,5)	$F = 30,465$; $p \leq 0,001$ $2 > 1$; $3 > 1$
<i>Comportements agressifs (/18)</i>	4,9 (5,2)	12,8 (5,1)	11,1 (4,3)	$F = 22,982$; $p \leq 0,001$ $2 > 1$; $3 > 1$

Concernant leur échantillon d'adolescents sans TDC, Faraone et coll. (1997b) indiquent que les jeunes bipolaires obtiennent des résultats supérieurs aux jeunes hyperactifs à l'échelle anxio-dépressive et à l'échelle des comportements agressifs, mais affichent des résultats similaires à l'échelle des troubles attentionnels. Pour leur part, Mick et coll. (2003) reconnaissent que les jeunes hyperactifs ont une moyenne élevée à l'échelle des troubles attentionnels et à l'échelle de comportements agressifs, mais que les jeunes bipolaires obtiennent des résultats encore plus élevés à ces deux échelles. Similairement, dans notre échantillon, nous observons que les délinquants bipolaires obtiennent des moyennes similaires, mais légèrement plus élevées que les délinquants hyperactifs aux échelles anxio-dépressive, troubles attentionnels et comportements agressifs (tableau 41).

TDC identifié à partir du CBCL

Le tableau 42 se veut seulement un bref résumé des résultats obtenus par les adolescents de notre échantillon aux trois échelles du CBCL afin de pouvoir comparer ces résultats à ceux des jeunes dont l'identification du type de TDC est basé sur le DSM-IV.

Évidemment, puisque ces résultats ont servi à répartir les délinquants dans trois groupes distincts, des différences significatives sont notées aux trois échelles. À titre informatif, les résultats des analyses de moyennes (One-Way Anova) sont les suivants : échelle anxio-dépressive ($F = 19,432; p \leq 0,001$), échelle des troubles attentionnels ($F = 88,062, p \leq 0,001$) et échelle des comportements agressifs ($F = 20,376, p \leq 0,001$). À cette dernière échelle, le test d'homogénéité de la variance est significatif ($p \leq 0,001$), nous nous sommes donc tournée vers le *Dunnett T-3* et le *Tamhane T-2* comme tests post-hocs. Ceci étant, les résultats demeurent significatifs.

Pour être plus précis, à l'échelle anxio-dépressive, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J affichent un résultat moyen nettement plus élevé que les jeunes avec un TDC délinquant et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH. À l'échelle des troubles attentionnels et à l'échelle des comportements agressifs, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH obtiennent des résultats significativement supérieurs à ceux des jeunes ayant un TDC délinquant.

Tableau 42. Résultats aux trois échelles du CBCL chez les adolescents selon le type de TDC identifié sur la base du CBCL.

	TDC délinquant (gr. 1)	TDC et MAB-J (gr. 2)	TDC et symp. TDAH (gr. 3)	<i>One-Way Anova</i>
Moyenne aux échelles (écart-type)				
<i>Anxio-dépressive (/14)</i>	1,9 (2,1)	4,9 (1,7)	1,8 (1,9)	$F = 19,432; p \leq 0,001$ 2 > 1; 2 > 3
<i>Troubles attentionnels (/11)</i>	1,5 (1,2)	5,1 (1,4)	4,5 (1,2)	$F = 88,062; p \leq 0,001$ 2 > 1; 3 > 1
<i>Comportements agressifs (/18)</i>	4,3 (5,1)	11,7 (2,5)	9,6 (5,5)	$F = 20,376; p \leq 0,001$ 2 > 1; 3 > 1

Tel que mentionné dans les paragraphes précédents, les résultats aux trois échelles pour les groupes identifiés par le CBCL ne présentés qu'en vue de faire la comparaison avec les résultats des groupes identifiés par le DSM-IV.

À cet égard, nous remarquons que les convergences paraissent les mêmes entre les groupes identifiés par le DSM-IV et les groupes identifiés par le CBCL. Nous remarquons que les résultats obtenus à chacune des échelles sont bas chez les jeunes avec un TDC seul (TDC sans pathologie associée; TDC délinquant), alors qu'ils sont supérieurs pour les jeunes avec un TDAH possible ou diagnostiqué (TDC avec TDAH; TDC avec symptômes du TDAH) et un peu plus élevé pour ceux avec une MAB diagnostiquée ou potentielle (TDC avec MAB; TDC avec une MAB-J). Similairement aux conclusions de Mick et coll. (2003) et à nos résultats observés aux échelles troubles attentionnels et comportements agressifs auprès de délinquants identifiés sur la base du DSM-IV (tableau 41), les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH obtiennent des moyennes élevées à ces deux échelles, alors que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J, de leur côté, affichent des résultats supérieurs à ces derniers.

La position sur l'échelle anxio-dépressive tend à être plus élevée pour les jeunes avec un TDC avec une MAB-J que pour les délinquants bipolaires. Cette observation avait été faite au moment de la classification des jeunes à partir du DSM-IV et du CBCL : les délinquants bipolaires (DSM-IV) ayant été classés dans le groupe des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (CBCL) au lieu du groupe des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (CBCL) ont été classés ainsi en raison d'un résultat non-significatif à l'échelle anxio-dépressive.

4.15 Données relatives aux comportements désorganisés et agressifs manifestés à l'IPPM

Les données relatives aux comportements désorganisés et agressifs peuvent être considérées comme une précision sur les comportements agressifs manifestés à l'IPPM et les cotes à l'échelle du CBCL. Ces comportements ont été documentés par l'équipe traitante au cours de la période d'évaluation à l'IPPM et nous nous basons sur les notes d'observation du personnel et des professionnels pour la collecte de données. Puisque ces comportements peuvent conduire à des mesures restrictives de liberté, les notes cliniques sont détaillées ce qui permet d'avoir un portrait précis de la situation.

4.15.1 La gestion des comportements désorganisés et agressifs

Cette partie mentionne les mesures qui ont été prises par l'équipe traitante afin de gérer les comportements désorganisés et agressifs des jeunes lors d'une perte de contrôle se produisant à l'IPPM durant la période d'évaluation. Certains nécessitent seulement un avertissement verbal (encadrement verbal) ou un retrait en chambre (temps d'arrêt), alors que d'autres ne répondent pas à ces interventions, se désorganisent et/ou agressent les gens autour d'eux, qu'il s'agisse d'autres jeunes ou d'intervenants.

Cette section ne concerne que les interventions nécessaires pour gérer une désorganisation de l'adolescent lorsque celui-ci nécessite un isolement temporaire (à sa chambre ou en salle d'isolement) et/ou requiert une mesure de contention. Dans ces situations, il est estimé que le jeune présente un danger grave et immédiat pour lui-même et/ou les autres. Ces mesures sont appliquées jusqu'à ce que l'adolescent reprenne le contrôle de ses comportements et qu'il ne représente plus un risque grave et immédiat pour sa sécurité ou celle des autres : c'est-à-dire qu'il présente une collaboration minimale pour que l'équipe cesse la mesure d'isolement et/ou de contention et lui permette éventuellement de réintégrer le groupe. À titre indicatif, les adolescents nécessitent en moyenne 1,9 mesure (É.T. 2,2) d'isolement et/ou de contention au cours de leur période d'évaluation (59 jours).

TDC identifié à partir du DSM-IV

Les délinquants hyperactifs sont proportionnellement plus nombreux que les délinquants sans pathologie associée (85% vs 45%; $p \leq 0,001$) à susciter une mesure d'isolement et/ou de contention pour leurs comportements désorganisés et/ou agressifs. Les délinquants bipolaires affichent presque la même proportion (83,3%) que les délinquants hyperactifs, mais cette fois la différence n'est pas statistiquement significative.

Au cours de leur période d'évaluation, les délinquants sans pathologie associée ont nécessité en moyenne 0,8 mesure (É.T. 1,5) d'isolement et/ou de contentions. Cette moyenne grimpe à 2,6 mesures (É.T. 2,5) pour les délinquants hyperactifs et à 2,8 mesures (É.T. 2,2) pour les délinquants bipolaires. L'analyse de différence des moyennes (One-Way Anova) révèle que les délinquants hyperactifs affichent un moyenne significativement plus élevée ($F = 21,675$; $p \leq 0,001$) que les délinquants sans pathologie associée à ce chapitre. Malgré une moyenne supérieure, les délinquants bipolaires ne se distinguent pas

significativement des deux autres groupes ($p = 0,056$) probablement en raison du faible nombre de jeunes inclus dans ce groupe. Pour cette analyse de moyennes, le test de Levene, nous informant que les variances ne sont pas comparables entre les groupes, est significatif, nous avons donc eu recours au *Tamhane T-2* et au *Dunnett T-3* comme tests post-hocs.

TDC identifié à partir du CBCL

Les jeunes ayant un TDC délinquant sont proportionnellement moins nombreux que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (37,0% vs 90,0%; $p \leq 0,001$) et que les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (37,0% vs 77,5%; $p \leq 0,001$) à nécessiter une mesure d'isolement et/ou de contention au cours de leur période d'évaluation.

Pour ce qui est du nombre de mesures d'isolement et/ou de contention requises en cours d'évaluation à l'IPPM, l'analyse (One-Way Anova) nous informe de différences significatives entre les moyennes des trois groupes de délinquants du CBCL ($F = 10,738$; $p \leq 0,001$). Puisque le test de Levene est significatif, nous avons à nouveau utilisé le *Tamhane T-2* et le *Dunnett T-3* comme tests post-hocs. L'analyse de moyennes indique que les jeunes ayant un TDC délinquant (0,9 mesure; É.T. 1,4) nécessitent, en moyenne, significativement moins de mesures d'isolement et/ou de contention que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (5,0 mesures; É.T. 3,0) et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (2,9 mesures; É.T. 2,3).

Ces moyennes du nombre de mesures imposées en cours d'évaluation (recours à l'isolement et/ou contention) sont similaires entre les délinquants sans pathologie associée et les jeunes ayant un TDC délinquant (0,8 vs 0,9 mesure) et entre les délinquants hyperactifs et les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (2,6 vs 2,9 mesures). Par contre, une différence de près de deux mesures est notée entre les délinquants bipolaires et les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (2,8 vs 5,0 mesures). Le nombre moyen de mesure imposée se révèle donc élevée pour les jeunes de ces deux groupes par rapport aux autres. Ils reflètent le contenu des écrits sur la MAB typique ou atypique qui signalent que les délinquants bipolaires sont irritables, explosifs et manifestent des comportements désorganisés et agressifs sévères (Biederman et al., 1997; 2003; Kovacs et Pollock, 1995; Wozniak et al., 1995; 2001).

4.15.2 La poursuite du traitement à l'IPPM suite à la période d'évaluation

Le fait qu'un jeune poursuive ou non son traitement à l'IPPM suite à sa période d'évaluation fait souvent partie intégrante des recommandations (orientation de traitement) incluses dans le rapport psychiatrique. Sans élaborer en détail le processus décisionnel, nous pouvons dire que 1) la durée du séjour probable (sentence ou placement de plus d'un an); 2) la nécessité d'être admis dans un centre hospitalier à sécurité maximale pour assurer le traitement et 3) le potentiel de réhabilitation du jeune (ex. auto-critique minimale) sont quelques critères qui entrent en considération. Par exemple, si le jeune peut recevoir le même type de traitement en centre jeunesse, si sa durée de séjour est prévue comme étant très courte et/ou s'il refuse le traitement proposé (traitement médical, médicamenteux, psychologique...) et qu'il peut retourner centre jeunesse entre autres parce qu'on juge qu'il ne représente pas un danger pour lui-même ou pour les autres, il ne restera généralement pas en traitement à l'IPPM (unité de 15 lits), mais des exceptions sont toujours possibles.

Chez les jeunes dont le TDC est identifié sur la base du DSM-IV, les délinquants sans pathologie associée sont proportionnellement moins susceptibles que les délinquants bipolaires (11,7% vs 50,0%; $p \leq 0,05$) et les délinquants hyperactifs (11,7% vs 40,0%; $p \leq 0,001$) de demeurer en traitement à l'IPPM suite à leur évaluation.

Chez les jeunes dont le TDC est identifié sur la base du CBCL, les jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH sont en proportion plus nombreux que les jeunes ayant un TDC délinquant (42,5% vs 10,9%; $p \leq 0,001$) à demeurer en traitement à l'IPPM. Seulement 20,0% des jeunes ayant un TDC avec une MAB-J sont restés à l'IPPM suite à leur évaluation. Cela est faible considérant le fait que la moitié des délinquants bipolaires sont admis en traitement et qu'ils représentent le groupe le plus nombreux à y rester.

CONCLUSION

Notre stage en analyse criminologique s'est déroulé au sein du Programme des adolescents de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM), milieu très spécialisé dans le réseau juvénile qui a pour principale mission d'évaluer et de traiter les jeunes ayant manifesté des comportements violents et souffrant de troubles mentaux ou psychologiques sévères. Sa capacité d'accueil est limitée à 15 adolescents de sexe masculin qui sont, pour la plupart, âgés entre 14 et 18 ans lors de leur admission. Les jeunes qui y sont admis sont considérés comme une population très hétérogène tant au plan de leur pathologie qu'au plan criminel. Néanmoins, nombreux sont ceux qui présentent un trouble des conduites en association, ou non, avec d'autres psychopathologies. Parmi celles-ci, un trouble de l'humeur rarement diagnostiqué chez les jeunes, la maladie affective bipolaire juvénile (MAB-J), nous a offert une opportunité de recherche intéressante.

Depuis plus d'une décennie, quelques équipes de chercheurs cliniciens étudient la possibilité qu'un groupe de jeunes très irritables, agressifs et délinquants, puisse présenter un trouble des conduites (TDC) dysphorique, c'est-à-dire un TDC associé à une maladie affective bipolaire (MAB) typique (adulte) ou atypique (juvénile). Ce qui complexifie l'identification de la MAB chez les jeunes, c'est qu'elle ne constitue pas un diagnostic officiel du DSM-IV-TR (APA, 2000), mais aussi parce que sa présentation clinique est très différente de la MAB typique (adulte). Sa présentation, son évolution et les pathologies cooccurrentes, tels le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le trouble des conduites (TDC), font que la MAB-J est rarement détectée chez les jeunes et qu'elle est souvent prise pour un TDAH sévère ou un TDC avec comportements agressifs par les cliniciens. Néanmoins, même si la MAB-J n'est pas incluse comme un type de trouble de l'humeur dans le DSM-IV-TR, les recherches cliniques reconnaissent son existence, au point où l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) publie des lignes directrices destinées à faciliter son identification.

La reconnaissance de l'existence d'une forme juvénile de la MAB chez les adolescents admis en évaluation à l'IPPM permettrait à l'équipe clinique du Programme des adolescents, dans son souci de remplir sa mission d'offrir une bonne prise en charge et les

meilleures traitements possibles, de constater la présence de comportements et symptômes pouvant être attribuables à certains troubles présentés par les adolescents admis en évaluation au sein de leur programme. La présence d'une MAB-J chez les délinquants pourrait ainsi conduire à l'identification d'un TDC dysphorique chez des jeunes irritables manifestant des comportements délinquants et agressifs, ce qui constituerait une percée clinique importante. En effet, puisque les symptômes de la MAB (typique ou atypique) chez les jeunes, tels l'irritabilité, l'humeur labile, l'impulsivité et l'agressivité, mèneraient souvent à négliger la composante affective pour ne considérer que les diverses perturbations comportementales, l'exploration de la possible présence d'une la MAB-J, et son éventuelle identification, permettraient aux jeunes qui en souffrent d'être dirigés vers un centre hospitalier plutôt que vers un centre de détention et de recevoir un traitement psychiatrique adapté à leur trouble de l'humeur (Biederman et *al.*, 1997).

Il importe de mentionner que, dans le cadre de notre étude, il ne s'agissait pas de remettre en question les diagnostics posés à l'issue du processus d'évaluation à l'IPPM, étant entendu que la maladie affective bipolaire juvénile est un diagnostic plutôt récent qui fait l'objet de plus en plus de recherches impliquant les jeunes délinquants irritables, impulsifs et agressifs. Il s'agissait plutôt d'évaluer la prévalence de la MAB (officielle) et atypique (potentielle) chez les délinquants de notre échantillon et de voir si les caractéristiques des jeunes présentant ce trouble de l'humeur correspondent à celles des délinquants bipolaires des recherches cliniques et celles des jeunes présentant un TDC avec MAB-J.

Pour ce faire, nous avons comparé les caractéristiques des jeunes dont le type de TDC est identifié à partir de diagnostics officiels obtenus à partir du DSM-IV-TR aux jeunes dont le type de TDC est identifié sur la base de résultats obtenus à trois échelles du CBCL, à savoir celles anxio-dépressive, des troubles attentionnels et des comportements agressifs, associées à un trouble de comportement. Dans une méta-analyse, Mick et coll. (2003) ont établi qu'un score significatif à trois échelles du CBCL - l'échelle anxio-dépressive, l'échelle des troubles attentionnels et l'échelle des comportements agressifs - permettrait d'identifier la présence d'une maladie affective bipolaire chez une population juvénile.

Ensuite, nous avons comparé les caractéristiques des délinquants pour lesquels un diagnostic de MAB officielle et de MAB-J potentielle était posé aux délinquants bipolaires décrits dans les recherches cliniques citées dans la recension des écrits.

Nos objectifs académiques d'apprentissage étaient étroitement liés au processus de collecte de données conduisant à la réalisation de l'objectif de recherche, s'étendant de l'évaluation de l'adolescent admis à l'IPPM jusqu'à la reconnaissance des troubles psychiatriques qu'ils présentent. Nous avons approfondi nos connaissances sur le TDC et ses diagnostics cooccurrents les plus fréquents (TDAH, TOP, MAB-J, dépression majeure, troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives) chez les adolescents, ainsi que sur le processus d'évaluation des jeunes admis dans le Programme des adolescents de l'IPPM. Nous avons acquis une meilleure connaissance de l'instrument clinique d'Achenbach (1991), le *Child Behavior Checklist*, et nous avons maîtrisé le logiciel de traitement de données statistiques SPSS pour la réalisation de nos analyses.

Premièrement, nous avons comparé les caractéristiques de la MAB identifiée à partir du DSM-IV (diagnostic) et du CBCL (présence de comportements) chez un échantillon de jeunes admis en évaluation à l'IPPM qui présentent un trouble des conduites aux délinquants bipolaires présentés dans les recherches cliniques, ceci à travers la réalisation d'une étude rétrospective couvrant une période de huit ans puisant ses données dans les dossiers des jeunes admis à IPPM. Deuxièmement, nous avons évalué la possibilité qu'un trouble des conduites dysphorique, c'est-à-dire un TDC associé à une maladie affective bipolaire (DSM-IV : typique ou CBCL : atypique), puisse être rencontré chez les adolescents irritables, impulsifs et agressifs.

Afin de relever la présence de symptômes de la maladie affective bipolaire juvénile chez les adolescents inclus dans l'étude, nous avons utilisé le Child Behavior Checklist (CBCL) d'Achenbach (1991). Puisque le CBCL n'était pas inclus dans les évaluations présentes au dossier et que trois échelles de cet instrument devaient être cotées pour tester les hypothèses de recherche, nous les avons cotés.

La méthode de cotation à ces trois échelles que nous avons employée est différente de celle qui est prévue par Achenbach. En effet, c'est nous qui avons coté à partir des informations

contenues au dossier, alors que l'instrument d'Achenbach prévoit que ce soit le parent qui cote. Ceci constitue une des limites de notre étude. Toutefois, considérant que plus de 98% des jeunes étaient en centre jeunesse (en vertu de la LPJ ou de la LJC/LSJPA) avant d'être admis à l'IPPM et que le parent n'avait plus de contact quotidien avec son enfant depuis plusieurs mois, voire années, le CBCL aurait dans ce cas été coté par l'intervenant de l'adolescent. La cotation des comportements des deux derniers mois, tel que requis par Achenbach, aurait donc été faite par une autre personne que le parent. Ainsi, notre cotation sur la base du dossier légal de l'adolescent au cours de la période d'évaluation (60 jours) rejoint ce qui se serait passé pour presque tous les jeunes; c'est-à-dire qu'une personne, autre que le parent, aurait coté les trois échelles sur la base des comportements observés et notés. Néanmoins pour palier ce biais quant à la cotation et nous assurer de colliger les données les plus objectives et les plus justes possible, nous avons procédé à un accord inter-juges sur les comportements constituant ces trois échelles.

Malgré cette limite, il demeure qu'à notre connaissance une recherche n'a jamais été réalisée auparavant faisant que ses résultats gagnent à être connus. Elle permet d'avoir un profil complet des délinquants admis en évaluation à l'IPPM et d'envisager la possibilité que certains délinquants agressifs, impulsifs et dysphoriques puissent souffrir d'une MAB atypique en association à leur TDC et qu'un groupe de jeunes puisse présenter un type de TDC distinct identifié comme étant le TDC dysphorique.

Avant de s'intéresser aux délinquants bipolaires et aux délinquants hyperactifs, nous ferons un bref résumé des caractéristiques des délinquants sans pathologie associée (DSM-IV) et des jeunes ayant un TDC délinquant (CBCL). En fait, ces deux groupes de délinquants présentent des caractéristiques très similaires. Plus de la moitié d'entre eux souffrent d'un trouble des conduites durant l'adolescence, ce qui trace un portrait clinique global bien différent des délinquants bipolaires (DSM-IV et CBCL) et des délinquants hyperactifs (DSM-IV et CBCL) qui présentent presque tous un trouble des conduites à début durant l'enfance. Comparativement à ces deux groupes de délinquants, les jeunes avec un TDC seul (DSM-IV et CBCL) sont plus âgés au moment où ils commettent un premier délit judiciairisé et sont diagnostiqués avec un TDC. Ils sont moins agressifs sur une base quotidienne, ce qui se confirme par leur faible résultat à l'échelle des comportements agressifs du CBCL et la rareté des mesures d'isolement et de contention qui leur sont

imposées en cours d'évaluation. Ils semblent ainsi contrôler un peu plus leur agressivité, ce que nous associons à la proportion élevée de violence planifiée souvent dirigée envers des personnes qui ne sont pas en autorité (ex. pair ou inconnu) dont ils font preuve. Ils se distinguent aussi par leur cruauté envers les personnes (un symptôme du TDC) se traduisant par la commission d'un délit violent grave (ex. meurtre, tentative de meurtre).

Malgré tout, les jeunes avec un TDC seul (DSM-IV et CBCL) entretiennent généralement de bonnes relations sociales notamment avec leurs pairs et les personnes en autorité et présentent davantage une délinquance de groupe. En effet, la plupart d'entre eux fréquentent des pairs délinquant et commettent des délits avec eux et une proportion importante appartiennent à un gang structuré. Presque tous affichent des traits de personnalité antisociale et la moitié présentent des traits narcissiques. Plusieurs présentent un trouble lié à l'abus d'alcool et à la consommation de cannabis (abus et dépendance).

Enfin, à l'école, la majorité des jeunes avec un TDC seul (DSM-IV et CBCL) ont bénéficié de services particuliers, ont été placés en classe spéciale et ont présenté des difficultés d'apprentissage, mais leurs proportions demeurent inférieures à celles des deux autres groupes de délinquants. Avant d'être admis à l'IPPM, moins de la moitié ont reçu des diagnostics psychiatriques : moins de la moitié concernant un TDAH, moins du quart pour un TOP, quelques-uns pour une dépression majeure et aucun avec une MAB-J. Suite à leur période d'évaluation, les jeunes avec un TDC seul (DSM-IV et CBCL) sont rarement admis en traitement à l'IPPM.

Une forte majorité des délinquants bipolaires (MAB officielle : DSM-IV et MAB-J potentielle : CBCL) et des délinquants hyperactifs (TDAH officiel : DSM-IV et TDAH potentiel : CBCL) présentent un TDC à début durant l'enfance caractérisé, entre autres, par de l'agressivité physique, de mauvaises relations sociales et la présence d'un TDAH.

Alors que les jeunes ayant un TDC seul affichent des caractéristiques qui les distinguent des autres groupes, les délinquants bipolaires (MAB officielle et MAB-J potentielle) et les délinquants hyperactifs (officiel ou potentiel) présentent de nombreuses caractéristiques communes. Dans notre échantillon, la prévalence du TDAH chez les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) se situe autour de 85%, ce qui indique une cooccurrence très fréquente

entre le TDC, la MAB (-J) et le TDAH. Ce chevauchement de symptômes fait qu'il est difficile d'identifier lequel est une manifestation clinique d'un trouble particulier, expliquant pourquoi, contrairement aux jeunes avec un TDC seul, une distinction claire ne peut être faite entre les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) et les délinquants hyperactifs (officiels et potentiels).

Plusieurs similitudes sont notées entre les délinquants bipolaires des recherches cliniques et ceux de notre échantillon, que ceux-ci soient identifiés sur la base du DSM-IV (MAB officielle) ou des trois échelles du CBCL (MAB-J potentielle). Au plan relationnel, les problèmes rencontrés par les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) de notre échantillon avec leurs pairs et les personnes en autorité (enseignant, éducateur, policier...) sont proportionnellement plus élevés que pour les autres groupes de délinquants, ce qui avait aussi été noté par Faraone et coll. (1997a) et Geller et coll. (2002). Les délinquants bipolaires ont été décrits comme n'étant jamais adéquats : la forte majorité d'entre eux se révèlent conflictuels et la moitié sont retirés ou rejetés par les autres jeunes. Avec les pairs délinquants, la tendance est nettement différente. Alors que difficultés relationnelles qu'ils vivent avec leurs pairs et leur entourage sont notables, les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) semblent bien s'entendre avec les autres délinquants, au point où la plupart fréquentent des pairs délinquants et commettent des délits avec eux et près du quart affirment être membres d'un gang structuré, ce qui constitue une proportion assez importante. À cet égard, les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) ressemblent donc davantage aux délinquants sans pathologie associée qu'aux délinquants hyperactifs, ce qui est conforme aux résultats obtenus par Biederman et coll. (2003).

Au plan scolaire, les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) sont proportionnellement plus nombreux que ceux des deux autres groupes de délinquants à avoir bénéficié de services particuliers, à avoir été placés en classes spéciales et à avoir présenté des difficultés d'apprentissage. Ces conclusions avaient aussi été tirées par Biederman et coll. (1997; 1999).

Au plan familial, les parents de délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) affichent une proportion nettement plus élevée de troubles de l'humeur que les parents des délinquants des deux autres groupes. Ce constat avait aussi été fait par Biederman et coll. (1997) qui

soulignaient que les parents des délinquants bipolaires sont proportionnellement plus nombreux à souffrir d'une MAB et d'une dépression majeure que ceux des jeunes avec un TDAH (sans TDC). Pour ce qui est de la commission d'un suicide ou de tentatives de suicide, les parents de délinquants avec une MAB-J potentielle (CBCL), les pères de délinquants bipolaires (DSM-IV) et les mères des délinquants hyperactifs (DSM-IV) sont ceux qui affichent les proportions les plus élevées. Aucune des recherches clinique recensées ne mentionne de cette variable.

Concernant les troubles perturbateurs du comportement, presque tous les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) présentent un TDC à début durant l'enfance, même s'ils ont été diagnostiqués vers 12 ans et demi. Cet âge est plus précoce que celui des deux autres groupes de notre échantillon, mais similaire à celui des bipolaires de l'échantillon de Kovacs et Pollock (1995 : 12,5 ans). Les délinquants bipolaires manifestent entre 6 et 7 symptômes du trouble des conduites au cours de la dernière année, ce qui est comparable aux autres groupes de délinquants de notre recherche et aux conclusions tirées par Biederman et coll. (1997). Entre le tiers et la moitié des délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) présentent un trouble oppositionnel avec provocation (TOP), ce qui représente une prévalence plus élevée que celle notée dans les autres groupes de délinquants, ainsi que dans les échantillons de délinquants de Pliszka et coll. (2000 : 24%) et Teplin et coll. (2005 : 14,5%). Enfin, la quasi-totalité des délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) de notre échantillon présentent un TDAH, ce qui est similaire aux résultats trouvés par Tillman et coll. (2003 : 87,1%), mais nettement supérieur à ceux de Kowatch et coll. (2005 : 62%). Tel que reconnu par l'AACAP (1997b), l'âge d'apparition des comportements extériorisés se présenterait comme suit chez les délinquants bipolaires : TDAH (9,2 ans à 9,4 ans), TOP (10,0 ans à 11,7 ans) et TDC (12,5 ans à 12,7 ans).

Au plan psychiatrique, les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) sont près de 20% à avoir été diagnostiqués avec un épisode dépressif majeur. Étrangement, ce premier épisode dépressif a été identifié autour de 16 ans, alors que le premier épisode maniaque (MAB et MAB-J) l'a été entre 14 et 16 ans. Généralement l'inverse se produit : la dépression majeure arrive en premier (Geller et Luby, 1997; Judd *et al.*, 2002). Cela dit, les délinquants bipolaires identifiés sur la base du DSM-IV ont été diagnostiqués avec une MAB vers l'âge de 14 ans, ce qui est similaire à ce que trouvent Pliszka et coll. (2000 : 13,6

ans) et Kovacs et Pollock (1995 : 13,3 ans), mais plus précoce que les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J (CBCL : 16,0 ans).

En lien avec l'identification d'une MAB-J potentielle identifiée sur la base du CBCL, il faut garder en tête que certains délinquants bipolaires (DSM-IV) n'ont pas été classés par le CBCL dans le groupe des jeunes ayant un TDC associé à une MAB-J potentielle, mais plutôt dans le groupe des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH en raison d'un résultat non-significatif à l'échelle anxio-dépressive. Nous avons noté qu'il était difficile d'identifier les comportements intériorisés chez une population délinquante à l'intérieur d'une période de 60 jours et sur la base de dossiers médicaux, à moins que le jeune ait clairement exprimé ou manifesté ce genre de comportements directement à l'équipe traitante. Cette limite quant à la cotation explique pourquoi les jeunes ayant un TDC associé à une MAB-J potentielle et ceux ayant des symptômes du TDAH (CBCL) présentent une proportion de MAB officielle identique.

Aux trois échelles du CBCL, les délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) obtiennent des résultats supérieurs aux deux autres groupes de délinquants. Les jeunes ayant un TDC associé à une MAB-J potentielle (CBCL) devaient nécessairement obtenir des résultats au-delà du seuil significatif à chacune de ces trois échelles respectivement pour être classés avec ce type de TDC. Ils ont donc des résultats plus élevés que les délinquants sans pathologie associée, ce qui rejoint les résultats de Biederman et coll. (1999), et ceux obtenus pour les délinquants hyperactifs. Ce qui est intéressant, c'est que la tendance est la même chez les délinquants bipolaires identifiés sur la base du DSM-IV qui affichent des résultats plus élevés (N.S.) que les délinquants hyperactifs et les délinquants sans pathologie associée à l'échelle anxio-dépressive, ce qui est aussi congruent avec les conclusions de Biederman et coll. (1999). Comme l'on fait remarquer Mick et coll. (2003), les délinquants bipolaires obtiennent des résultats légèrement plus élevés que les délinquants hyperactifs aux échelles de troubles attentionnels et de comportements agressifs, signalant pour eux des troubles d'attention sévères et une agressivité importante, au-delà des deux autres groupes de délinquants.

Par ailleurs, certaines divergences peuvent être notées entre les délinquants bipolaires de notre échantillon (MAB et MAB-J) et ceux des recherches cliniques. En effet, pour

certaines caractéristiques, les délinquants bipolaires (DSM-IV) ne ressemblent pas aux délinquants bipolaires des recherches cliniques ni aux jeunes présentant un TDC avec une MAB-J (CBCL). Étrangement, les délinquants hyperactifs (DSM-IV) présentent des caractéristiques généralement identifiées chez les délinquants bipolaires, ce qui nous laisse croire que la MAB-J n'a pas été identifiée, alors que le TDAH l'a été. Les nombreuses différences entre la présentation clinique de la MAB adulte (typique) et la MAB juvénile (atypique) peuvent faire qu'en présence de l'agressivité, de la délinquance, de l'impulsivité et de l'irritabilité manifesté par un jeune ce trouble de l'humeur est confondu avec des symptômes du TDC et/ou du TDAH pour certains.

Voyons les résultats de notre recherche qui nous porterait à conclure que la MAB chez certains délinquants hyperactifs est passée inaperçue.

Tout d'abord, Biederman et coll. (1997) ont souligné que les délinquants sans pathologie associée présentent une délinquance organisée et une violence proactive, alors que les délinquants bipolaires manifestent une délinquance un peu moins organisée que les délinquants sans pathologie associée et une violence tant proactive que réactive. Ces résultats sont observés chez les jeunes de notre échantillon présentant un TDC avec une MAB-J (CBCL) et les délinquants hyperactifs (DSM-IV) et non chez les délinquants chez qui on a diagnostiqué une MAB officielle. Ces derniers présentent presque toujours une violence réactive touchant principalement les personnes en autorité. Ces données suggèrent que chez eux la violence planifiée est très faible alors que leur violence réactive est très élevée, ce qui se révèle à l'opposé des recherches cliniques qui soulignent une certaine capacité des délinquants bipolaires à organiser et planifier leurs comportements violents, sans toutefois atteindre celle des jeunes avec un TDC seul. Ainsi, les délinquants présentant les caractéristiques des recherches cliniques de Biederman et coll. (1997; 1999; 2003) et Spencer et coll. (2001) seraient les délinquants hyperactifs, les jeunes ayant un TDC avec une MAB-J et ceux ayant un TDC avec des symptômes du TDAH.

Ensuite, quelques problématiques identifiées chez les parents des délinquants bipolaires de notre échantillon sont rencontrées chez ceux des délinquants hyperactifs. En fait, Biederman et coll. (1997) avaient noté que les parents des délinquants bipolaires sont proportionnellement plus nombreux que ceux des jeunes avec un TDC seul et ceux des

jeunes hyperactifs (sans TDC) à présenter un trouble lié à la consommation de substances psychoactives. En addition à cela, Biederman et coll. (1997; 2003) et Wozniak et coll. (2001) ont souligné que les troubles antisociaux (personnalité antisociale et trouble des conduites) se trouvent dans une proportion supérieure chez les parents des délinquants bipolaires que chez ceux des jeunes avec un TDC seul. Dans notre échantillon, on constate que ce sont les parents des délinquants hyperactifs (DSM-IV), ceux des délinquants ayant une MAB-J potentielle et ceux des jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH (CBCL) qui présentent ces caractéristiques et non les parents de délinquants avec un MAB officielle (DSM-IV). Étonnamment, aucun parent de délinquant avec une MAB officielle (DSM-IV) ne présentent d'antécédents judiciaires ou de troubles liés à la consommation de substances psychoactives, la négligence parentale et la consommation problématique d'alcool étant aussi rares chez eux. À l'inverse, les parents des délinquants bipolaires (DSM-IV et CBCL) présentent des proportions plus élevées de troubles de l'humeur et d'aveux de tentative ou de commission de suicide que les pères de délinquants bipolaires et les mères de délinquants hyperactifs.

Enfin, avec leurs parents et leur fratrie, tous les délinquants bipolaires (DSM-IV) rapportent avoir des relations agréables, tandis que les délinquants hyperactifs et les délinquants sans pathologie associée ne sont qu'entre la moitié et les deux-tiers à avoir de telles relations avec les membres de leur famille. Biederman et coll. (2003) mentionnaient que les jeunes avec un TDC associé à une MAB-J et les jeunes avec un TDC seul vivent, dans une proportion similaire, des relations conflictuelles familiales. À nouveau, il est possible de noter que ce sont les délinquants hyperactifs et non les délinquants bipolaires qui présentent ces caractéristiques. De leur côté, les trois groupes de délinquants identifiés sur la base du CBCL rapportent dans des proportions similaires entretenir des relations agréables avec les membres de leur famille (parent et fratrie).

En résumé, nos résultats tendent à montrer que les caractéristiques familiales et parentales, ainsi que le portrait clinique global des adolescents ont facilité l'identification de la maladie affective bipolaire par les psychiatres chez les délinquants présentant une MAB officielle. En effet, nous remarquons que ces jeunes proviendraient de familles sans problématiques majeures (négligence parentale, alcoolisme, toxicomanie, délinquance), mais marquées par une prévalence élevée de troubles de l'humeur manifestés par les parents et de suicides

paternels. Tous les adolescents, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent, prétendent bien s'entendre avec les membres de leur famille. Plusieurs présentent toutefois des traits de personnalité évitante dont les manifestations cliniques rappellent étrangement certains symptômes des troubles anxieux, connus pour être fortement associée à la MAB-J. Les délinquants bipolaires (DSM-IV) rapportent dans des proportions élevées au moins un épisode dépressif majeur et des idées ou tentatives suicidaires. Nous constatons aussi qu'ils sont très réactifs, agressifs et impulsifs, qu'ils présentent de sérieuses difficultés scolaires et souffrent fréquemment de troubles perturbateurs du comportement (TDAH et TOP) avant d'être admis à l'IPPM. Pour terminer, nous notons qu'ils nécessitent presque tous entre deux et trois mesures d'isolement et/ou de contention durant leur période d'évaluation à l'IPPM et que la moitié d'entre eux restent en traitement à l'IPPM, ce qui représente les proportions les plus élevées parmi les trois groupes de délinquants.

Toutes ces caractéristiques ont probablement orienté les cliniciens vers la détection d'un trouble de l'humeur comme étant la cause de l'irritabilité, de l'impulsivité et de l'agressivité manifestés par certains délinquants. Elles peuvent aussi expliquer pourquoi les délinquants bipolaires sont ceux qui se retrouvent dans la proportion la plus élevée en placements et traitement à l'IPPM (centre hospitalier) suite à leur évaluation, plutôt que de vivre un retour en centre jeunesse (en détention) pour purger leur peine pour le(s) délit(s) violent(s) les ayant conduits à l'IPPM.

Nos résultats montrent que les jeunes admis en évaluation à l'IPPM sont proportionnellement peu nombreux à avoir été diagnostiqués avec une maladie affective bipolaire (5,7%) selon les critères du DSM-IV, alors que ce trouble de l'humeur est reconnu pour être fréquemment co-occurent au trouble des conduites. D'ailleurs, la proportion que nous obtenons est similaire à celle rencontrée dans un échantillon d'adolescents représentatif de la population rapporté par Lewinsohn et coll. (1995 : 6,7%). En considérant que le groupe de jeunes ayant obtenus un résultat significatif aux trois échelles du CBCL représentent la proportion de délinquants souffrant d'une maladie affective bipolaire atypique ou juvénile (18,9%), nous obtenons une proportion de MAB similaire à celle rapportée pour un échantillon de délinquants en centre de détention (Pliszka et *al.*, 2000 : 22%). Il importe de mentionner que presque toutes les caractéristiques (individuelles, familiales, scolaires et sociales) reconnues pour être présentées par les délinquants

bipolaires dans les recherches cliniques préalables sont présentées par les délinquants présentant une MAB-J potentielle (CBCL) dans notre échantillon.

Ainsi, si la prévalence de la MAB-J identifiée par le CBCL (18,9%) représente véritablement la prévalence du groupe de délinquants souffrant d'une maladie affective bipolaire (MAB et MAB-J) dans notre échantillon, le CBCL devient dès lors, tel que reconnu par Mick et coll. (2003), un outil clinique intéressant, voire indispensable, pour détecter la présence de ce trouble de l'humeur chez les jeunes.

Il nous appert que l'impulsivité, la réactivité et l'agressivité désorganisée sévère de certains délinquants n'a pas conduit les psychiatres aux mêmes impressions cliniques, ce que nous pouvons percevoir principalement chez les délinquants souffrant d'une MAB officielle et ceux présentant une MAB potentielle. Premièrement, il est possible que certaines caractéristiques du milieu familial (négligence parentale, alcoolisme, toxicomanie et délinquance) et la sévérité des difficultés relationnelles, scolaires et psychiatriques rencontrées par ces jeunes aient été retenues pour comprendre les diverses perturbations comportementales manifestées par ces jeunes. Deuxièmement, près de deux fois plus de mesures d'isolement et de contention ont apparemment été nécessaires pour contrôler les comportements agressifs désorganisés des délinquants ayant une MAB-J potentielle (CBCL : 5,0 mesures) en comparaison aux délinquants bipolaires (DSM-IV : 2,8 mesures). Troisièmement, malgré un portrait clinique complet similaire aux délinquants bipolaires (DSM-IV), ainsi que la sévérité de leur désorganisation et leur agressivité, seulement 20% des délinquants ayant une MAB-J potentielle (CBCL) ont été admis en traitement à l'IPPM alors que c'est le cas de 50% des délinquants bipolaires (DSM-IV).

Mis ensemble, ces résultats suggèrent que les facteurs psychosociaux ont été retenus pour expliquer les diverses perturbations comportementales des délinquants évalués à l'IPPM, ce qui fait que la forte majorité (80,0%) d'entre eux ont été retournés en centre jeunesse plutôt que d'être admis en traitement à l'IPPM. Puisque la proportion de délinquants avec une MAB-J potentielle (20,0%) admis en traitement se rapproche davantage de celle des délinquants sans pathologie associée (10,9% à 11,7%) que de celle des délinquants hyperactifs (TDAH officiel ou potentiel : 40,0% à 42,5%), cela suppose qu'on a jugé les manifestations du trouble des conduites sont responsables des comportements manifestés

par ces jeunes plutôt que celles d'un autre trouble psychiatrique (ex. TDAH ou MAB-J). Ceci étant, nos données suggèrent que la forme juvénile de la MAB passe inaperçue ou que ses symptômes sont pris pour ceux d'un autre trouble par les cliniciens.

Pour terminer, nous avons noté, comme l'avaient fait avant nous plusieurs équipes de recherches, que le TDAH est fréquemment rencontré chez des délinquants bipolaires (MAB et MAB-J). Par ailleurs, nous avons aussi constaté que plusieurs délinquants hyperactifs (DSM-IV) présentent les caractéristiques rencontrées chez les délinquants bipolaires des recherches cliniques, non seulement pour ce qui est des caractéristiques parentales et relationnelles, mais aussi en ce qui a trait à celles relatives aux comportements violents, aux traits de personnalité limite et aux idées et tentatives suicidaires. Pour plusieurs autres variables, les caractéristiques des délinquants hyperactifs (DSM-IV) apparaissent comme étant similaires à celles des délinquants bipolaires (MAB et MAB-J) de notre échantillon. Tout comme il a été conclu dans la recherche de Tillman et coll. (2005), ceci nous amène à soupçonner que la MAB n'a pas été identifiée alors que le TDAH l'a été, ce qui fait que les délinquants hyperactifs diagnostiqués à partir du DSM-IV dans notre étude présentent les caractéristiques des délinquants bipolaires des recherches cliniques et des délinquants avec une MAB-J potentielle (CBCL) de notre échantillon.

À la lumière des résultats présentés, nous retiendrons que certaines données suggèrent que la MAB n'a pas été identifiée chez plusieurs délinquants ayant été diagnostiqués avec un TDAH (DSM-IV). Puisque le TDAH est fréquemment rencontré avec la MAB-J, celui-ci n'a pas été faussement diagnostiqué. Cela signifie simplement que les symptômes attribuables à la MAB-J, similaires à ceux du TDAH, n'ont pas été reconnus chez les délinquants hyperactifs.

En somme, les résultats obtenus et les caractéristiques présentées par les délinquants avec une MAB-J potentielle laisse croire que les jeunes ayant officiellement reçu un diagnostic de MAB ne seraient pas les seuls à souffrir de ce trouble de l'humeur.

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine du sous-diagnostic de la MAB-J, notamment sa présentation clinique atypique, son inexistence à titre de trouble de l'humeur dans le DSM-

IV-TR et les nombreux troubles cooccurrents pouvant nuire à l'identification des symptômes d'un trouble de l'humeur chez les jeunes.

L'ensemble des résultats obtenus nous amène à prétendre qu'il est raisonnable de croire que la MAB atypique ou juvénile est présente chez certains des jeunes délinquants admis en évaluation à l'IPPM. Les similitudes entre les caractéristiques des délinquants bipolaires identifiés sur la base du DSM-IV et du CBCL avec ceux des recherches précédentes tendent à supporter cette prétention. Évidemment, seule une évaluation psychiatrique complète peut confirmer ou infirmer la présence d'une MAB-J chez les délinquants. Néanmoins, le CBCL pourrait s'avérer un outil clinique intéressant permettant de détecter la forme juvénile de la MAB chez les jeunes admis en évaluation au Programme des adolescents de l'IPPM qui devra être confirmée par une diagnostic en bonne et due forme.

Il nous semble aussi qu'un TDC dysphorique, c'est-à-dire un type de TDC associé à la MAB typique ou atypique, chez les délinquants irritables, impulsifs et agressifs peut exister. Par contre, puisque la MAB, principalement dans sa forme atypique, n'a pas été identifiée chez tous les jeunes qui paraissent la présenter, il est difficile de statuer quant à l'existence d'un TDC dysphorique chez les jeunes de notre échantillon. Toutefois, de nombreuses caractéristiques individuelles, familiales, sociales et délictuelles notées chez plusieurs délinquants de notre échantillon correspondent à celles rencontrées chez les jeunes présentant un TDC dysphorique dans les recherches cliniques.

À nouveau, comme notre étude le confirme, le CBCL représenterait un outil utile capable de détecter la forme juvénile de la MAB. Une confirmation par un diagnostic en bonne et due forme à la suite des soupçons soulevés par les résultats obtenus aux trois échelles du CBCL, mesurant les comportements anxio-dépressifs, les troubles attentionnels et les comportements agressifs, pourrait permettre aux délinquants souffrant d'une MAB-J potentielle confirmée d'être dirigés vers un milieu leur permettant d'être traités, comme c'est le cas pour les délinquants bipolaires ayant une MAB officielle. Il serait notamment très intéressant de savoir si les délinquants identifiés comme pouvant présenter une MAB-J potentielle affichent une diminution des comportements agressifs et délinquants lorsqu'ils sont traités avec des stabilisateurs de l'humeur ou des antipsychotiques atypiques. Si cette diminution est observée auprès de cette population, cela suggérerait qu'une forme de

trouble des conduites, le TDC dysphorique, existerait et serait traitable en psychiatrie. Davantage de recherches cliniques sont toutefois nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

RÉFÉRENCES

ACHENBACH, T. M., (1978), *The child behavior profile : I. Boys aged 6-11*, Journal of Consulting Psychology, Vol. 46, No. 3, pp. 478-488.

ACHENBACH, T. M., (1989), *Empirically based assessment of child and adolescent disorders: Implications for diagnosis, classification, epidemiology, and longitudinal research*. In M. Brambring, Losel, F., Skowronek, H. (Eds.), Children at risk : Assessment, longitudinal research, and intervention. (pp. 24-45). Oxford, England : Walter De Gruyter.

ACHENBACH, T. M., (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington, VT : University of Vermont.

ACHENBACH, T. M., (1993), *Taxonomy and comorbidity of conduct problems : Evidence from empirically based approaches*, Development and Psychopathology, Vol. 5, No. 1, pp. 51-64.

ACHENBACH, T. M. (1995), *Empirically Based Assessment and Taxonomy : Applications to Clinical Research*, Psychological Assessment, Vol. 7, No. 3, pp. 261-274.

ACHENBACH, T. M. et **EDELBROCK, C. S.**, (1983), *Manual for the Child Behavior Checklist and the revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT : Thomas M. Achenbach.

AMAN, M. G., **DeSMEDT, G.**, **DERIVAN, A.**, **LYON, S. B.** et **FINDLING, R. L.**, (2002), *Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence*, American Journal of Psychiatry, Vol. 159, pp. 1337-1346.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP), (1997a), *Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36 (suppl.), No. 10, pp. 85S-121S.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP), (1997b), *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36 (suppl.), No. 10, pp. 122S-139S.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP), (2005), *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 44, No. 6, pp. 609-621.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP), (2007a), *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorders*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 46, No. 1, pp. 107-125.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP), (2007b), *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 46, No. 1, pp. 126-141.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1952), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*, Washington DC, American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1968), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*, Washington DC, American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, Washington DC, American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-TR)*, Washington DC, American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Washington DC, American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington DC, American Psychiatric Association.

ARMSTRONG, T. D. et **COSTELLO**, E. J., (2002), *Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity*, Journal of Consulting Clinical Psychology, Vol. 70, pp. 1224-1239.

BALDESSARINI, R. J. et **JAMISON**, K. R., (1999), *Effects of medical interventions on suicidal behavior, Summary and conclusions*, Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 60, pp. 117-122.

BANDURA, A. (1973), *Aggression: a social learning analysis*. Toronto: Prentice Hall.

BARKER, E. D., **TREMBLAY**, R. E., **NAGIN**, D. S., **VITARO**, F. et **LACOURSE**, E., (2006), *Development of male proactive and reactive physical aggression during adolescence*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 47, No. 8, pp. 783-790.

BARKLEY, R. A., (1996), *Attention-deficit/hyperactivity disorder*, In : Child Psychopathology, E. J. Mash, et R. A. Barkley (Eds). (pp. 63-112). New York : Guilford.

BARKLEY, R. A. (1998), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A Handbook for Diagnosis and treatment*, 2^e édition. New York : Guilford Press.

BERKOWITZ, L., (1989), *Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation*, Psychological Bulletin, Vol. 106, No. 1, pp. 59-73.

BIEDERMAN, J., (1995), *Developmental subtypes of juvenile bipolar disorder*, Harvard Review of Psychiatry, Vol. 3, pp.227-230.

BIEDERMAN, J., (1998), *Resolved : Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. Affirmative*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 37, No. 10, pp. 1091-1093.

BIEDERMAN, J., **FARAONE**, S. V., **CHU**, M. P., et **WOZNIAK**, J., (1999), *Further evidence for a bidirectional overlap between juvenile mania and conduct disorder in children*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 38, No. 4, pp. 468-476.

BIEDERMAN, J., **FARAONE**, S. V., **HATCH**, M., **MENNIN**, D., **TAYLOR**, A., et **GEORGE**, P., (1997), *Conduct disorder with and without mania in a referred sample of ADHD children*, Journal of Affective Disorders, Vol. 44, No. 2-3, pp. 177-188.

BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., MICK, E., MOORE, P., et LELON, E., (1996a), *Child Behavior Checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35, No. 6, pp. 734-742.

BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., MICK, E., WOZNIAK, J., CHEN, L., OUELLETTE, C., MARRS, A., MOORE, P., GARCIA, J., MENNIN, D., et LELON, E., (1996b), *Attention deficit hyperactivity disorder and juvenile mania : An overlooked comorbidity?*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35, No. 8, pp. 997-1008.

BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., WOZNIAK, J., MICK, E., KWON, A., et ALEARDI, M., (2004), *Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder : findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years*, Journal of Affective Disorders, Vol. 82S, pp. S45-S58.

BIEDERMAN, J., MICK, E., FARAONE, S. V. et BURBACK, M., (2001), *Pattern of remission and symptoms decline in conduct disorder : a four-year prospective study of an ADHD sample*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 40, pp. 290-298.

BIEDERMAN, J., KLEIN, R. G., PINE, D. S., et KLEIN, D. F., (1998), *Resolved : mania is mistaken for ADHD in prepubertal children*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 37, pp. 1091-1099.

BIEDERMAN, J., MICK, E., FARAONE, S. V., SPENCER, T., WILENS, T. E., et WOZNIAK, J., (2000), *Pediatric mania : A developmental subtype of bipolar disorder?*, Biological Psychiatry, Vol. 48, No. 6, pp. 458-466.

BIEDERMAN, J., MICK, E., WOZNIAK, J., MONUTEAUX, M. C., GALDO, M., et FARAONE, S. V., (2003), *Can a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder be identified? Integration of findings from the Massachusetts General Hospital Pediatric Psychopharmacology Research Program*, Biological Psychiatry, Vol. 53, No. 11, pp. 952-960.

BIEDERMAN, J., NEWCORN, J., et SPRICH, S., (1991), *Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders*, American Journal of Psychiatry, Vol. 148, No. 5, pp. 564-577.

BIEDERMAN, J., WOZNIAK, J., KIELY, K., ABLON, S., FARAONE, S. V., MICK, E., MUNDY, E., et KRAUS, I., (1995), *CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured Interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 34, No. 4, pp. 464-471.

BLAND, R., (1997), *Epidemiology of affective disorders : A review*, Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 42, pp. 367-377.

BRENT, D. A., PERPER, J. A., GOLDSTEIN, C. E., KOLKO, D. J., ALLAN, M. J., ALLMAN, C. J., et ZELENAK, J. P., (1988), *Risk factors for adolescent suicide : A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients*, Archives of General Psychiatry, Vol. 45, pp. 581-588.

BRENT, D. A., PERPER, J. A., MORITZ, G., ALLMAN, C., FRIEND, A., ROTH C., SCHWEERS, J., BALACH, L. et BAUGHER, M., (1993), *Psychiatric risk factors for adolescent suicide : A case-control study*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 32, pp. 521-529.

BUTLER, S. F., ARREDONDO, D. E., et McCLOSKEY, V., (1995), *Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder*, Annals of Clinical Psychiatry, Vol. 7, pp.51-55.

CAMPBELL, M., ADAMS, P.B., SMALL, A.M., KAFANTARIS, V., SILVA, R. R., SHELL, J., PERRY, R., et OVERALL, J. E., (1995), *Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder : A double-blind and placebo-controlled study*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 34, No. 4, pp.445-453.

CAMPBELL, M., GONZALEZ, N. M., et SILVA, R. R., (1992), *The pharmacological treatment of conduct disorders and rage outbursts*, Psychiatric Clinics of North America, Vol.15, No. 1, pp. 69-85.

CAMPBELL, M., SMALL, A. M., GREEN, W. H., JENNINGS S. J., PERRY, R., BENNETT, W. G., et ANDERSON, L., (1984), *Behavioral efficacy of haloperidol and lithium carbonate : A comparison in hospitalized aggressive children with conduct disorder*, Archives of General Psychiatry, Vol. 41, No. 7, pp. 650-656.

CARLSON, G. A. (1983), *Bipolar affective disorders in childhood and adolescence*. In D. P. Cantwell et G. A. Carlson (Eds), Affective Disorders in Childhood and Adolescence. (pp. 61-83). New York : Spectrum.

CARLSON, G. A. (1984), *Classification issues of bipolar disorders in childhood*, Psychiatric development, Vol. 2, pp. 273-285.

CARLSON, G. A. (1998), *Mania and ADHD : comorbidity or confusion*, Journal of Affective Disorders, Vol. 51, pp. 177-187.

CARLSON, G. A. (1990), *Annotation : Child and Adolescent mania—diagnostic consideration*, Journal of Child Psychology, Vol. 31, pp. 331-341

CARLSON G. A., et KASHANI, J. H., (1988), *Manic symptoms in a non-referred adolescent population*, Journal of Affective Disorders, Vol. 15, pp.219-226.

CARLSON, G. A., et KELLY, K., (1998), *Manic symptoms in psychiatrically hospitalized children—what do they mean?*, Journal of Affective Disorders, Vol. 51, No. 2, pp. 123-135.

CARLSON, G. A., LONEY, J., SALISBURY, H., KRAMER, J.R., et ARTHUR, C., (2000), *Stimulant treatment in young boys with symptoms suggesting children mania : A report from a longitudinal study*, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Vol. 10, No. 3, pp. 175-184.

CARLSON, G. A., BROMET, E. J., DRISSEN, C., MOJTABAI, R., et SCHWARTZ, J. E., (2002), *Age at onset, childhood psychopathology, and 2-year outcome in psychotic bipolar disorder*, American Journal of Psychiatry, Vol. 159, No. 2, pp. 307-309.

CASSIDY, W. et CARROLL, B. J., (2001), *The clinical epidemiology of pure and mixed manic episodes*, Bipolar Disorders, Vol. 3, pp. 35-40.

CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE, (2005a), *Statistiques sur les tribunaux de la jeunesse, 2003-2004*. Ottawa : Statistiques Canada. (25#4)

CENTRE CANADIEN DE LA STATISTIQUE JURIDIQUE, (2005b), *Statistiques de la criminalité au Canada*, 2004. Ottawa : Statistiques Canada. (25#5)

CHEN, W. J., FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., et TSUANG, M. T., (1994), *Diagnostic accuracy of the Child Behavior Checklist scales for attention-deficit disorder : A receiver-operating characteristic analysis*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 62, No. 5, pp. 1017-1025.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (2003), *Drogues : Savoir plus, risquer moins*. Montréal : Bibliothèque Nationale du Québec.

CONDUCT PROBLEM PREVENTION RESEARCH GROUP, (2002), *Using the Fast Track randomized prevention trial to test the early-starter model of the development of serious conduct problems*, Development and Psychopathology, Vol. 14, No. 4, pp. 925-943.

CONNOR, D. F., (2002), *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents : Research and treatment*. New York : Guilford Press.

CONNOR, D. J., GLATT, S. J., LOPEZ, I. D., JACKSON, D., et MELLONI, R. H. Jr., (2002), *Psychopharmacology and aggression, I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 41, No. 3, pp. 253-261.

CRANEY, J. L., et GELLER, B., (2003), *A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype : review of phenomenology and longitudinal course*, Bipolar Disorders, Vol. 3, pp. 325-334.

CRICK, N. R. et DODGE, K. A., (1996), *Social Information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression*, Child development, Vol. 67, No. 4, pp. 993-1002.

CROWLEY T. J., et RIGGS, P. D., (1995), *Adolescent substance use disorder with conduct disorder, and comorbid conditions*. In Rahdert, E., et Czechowicz (Eds), Adolescent Drug Abuse : Clinical Assessment and Therapeutic Interventions, National Institute on Drug Abuse Research Monography Series, No.156 (pp. 49-111). NIH Publication No. 95-3908.

CUEVA, J. OVERALL, J., SMALL, A., ARMENTEROS, J., PERRY, R., et CAMPBELL, M., (1996), *Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder : A double-blind and placebo-controlled study*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35, No. 4, pp.480-490.

DAVIS, R. E., (1979), *Manic-depressive variant syndrome of childhood : A preliminary report*, American Journal of Psychiatry, Vol. 35, pp. 702-706.

DICK, D. M., VIKEN, R. J., KAPRIO, J., PULKKINEN, L., et ROSE, R. J., (2005), *Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms : Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant symptoms*, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 33, No. 2, pp. 219-229.

DODGE, K. A. (1991), *The structure and function of reactive and proactive aggression*. In D. Pepler et K. Rubin (Eds), The Development and Treatment of Childhood Aggression. (pp. 201-218). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.

DONAVAN, S. J., STEWART, J. W., NUNES, E. V., QUITKIN, F. M., PARIDES, M., DANIEL, W., SUSSER, E., et KLEIN, D. F., (2000), *Divalproex treatment for youth with explosive temper and mood lability: A double-blind, placebo-controlled crossover design*, American Journal of Psychiatry, Vol. 157, pp.818-820.

DUBOIS, A., et SCHNEIDER, P., (2001), *Code criminel annoté et lois connexes*, Les Éditions Yvon Blais, Québec.

EGELAND, J. A., HOSTELLER, A. M., PAULS, D. L., et SUSSEX, J. N., (2000), *Prodromal symptoms before onset of manic-depressive disorder suggested by first hospital admission histories*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 39, pp. 1245-1252.

EICHELMAN, B., (1987), *Neurochemical and psychopharmacologic aspects of aggressive behavior*. In Meltzer, H. (Ed.), Psychopharmacology: Third Generation of Progress. New York: Raven Press, pp. 697-704.

EICHELMAN, B., (1992), *Aggressive behavior: from laboratory to clinic*, Archives of General Psychiatry, Vol. 49, pp. 488-492.

FAEDDA, G., BALDESSARINI, R., SUPPES, T., TONDO, L., BECKER, I., et LIPSCHITZ, D., (1995), *Pediatric-onset bipolar disorder: A neglected clinical and public health problem*, Harvard Review of Psychiatry, Vol. 3, No. 4, pp. 171-195.

FARAONE, S. V., ALTHOFF, R. R., HUDZIAK, J. J., MONUTEAUX, M. et BIEDERMAN J., (2005), *The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: a receiver operating characteristic curve analysis*, Bipolar Disorders, Vol. 7, pp. 518-524.

FARAONE, S. V., BIEDERMAN J., MENNIN, D., WOZNIAK, J., SPENCER, T., (1997a), *Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype?*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, No. 10, pp. 1378-1387.

FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., WOZNIAK, J., MUNDY, E., MENNIN, D., et O'DONNELL, D., (1997b), *Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile onset mania?*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, No. 8, pp. 1046-1055.

FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., MENNIN, D., et RUSSEL, R., (1998), *Bipolar and antisocial disorders among relatives of ADHD children: parsing familial subtypes of illness*, Neuropsychiatric Genetics (?), Vol. 81, pp. 108-116.

FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J., et MONUTEAUX, M .C., (2001), *Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype?*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, pp. 1378-1387.

FERGUSON, D. M., LINSKEY, M. T., et HORWOOD, J., (1996), *Origins of comorbidity between conduct and affective disorders*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35, No. 4, pp. 451-460.

FINDLING, R. L., GRACIOUS, B. L., McNAMARA, N. K., YOUNGSTROM, E. A., DEMETER, C. A., BRANICKY, L. A., et CALABRESE, J. R., (2001), *Rapid, continuous cycling and psychiatric co-morbidity in pediatric bipolar I disorder*, Bipolar Disorders, Vol. 3, pp. 202-210.

FINDLING, R. L., McNAMARA, N. K., BRANICKY, L. A., SCHLUCHTER, M. D., LEMON, E., et BLUMER, J. L., (2000), *A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 39, No. 4, pp. 509-516.

FRAZIER, J. A., MEYER, M. C., BIEDERMAN, J., WOZNIAK, J., WILENS, T. M., SPENCER, T. J., KIM, G. S. et SHAPIRO, S., (1999), *Risperidone treatment for juvenile bipolar disorder : a retrospective chart review*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 38, No. 8, pp. 960-965.

FRICK, P. J., (1993), *Childhood conduct problems in a family context*, School Psychology Review, Vol. 22, No. 3, pp. 376-385.

FRICK, P. J., (2004), *Developmental pathways to conduct disorder : Implications for serving youth who show severe aggressive and antisocial behavior*, Psychology in the Schools, Vol. 41, No. 8, pp. 823-834.

FRICK, P. J., CORNELL, A. H., BODIN, S. D., DANE, H. A., BARRY, C. T., et LONEY, B. R., (2003), *Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems*, Developmental Psychology, Vol. 39, No. 2, pp. 383-392.

FRICK, P. J. et ELLIS, M. L., (1999), *Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder*, Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 2, No. 3, pp. 149-168.

FRICK, P. J. et MORRIS, A. S., (2004), *Temperament and developmental pathways to conduct problems*, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 33, No. 1, pp. 54-68.

GELLER, B., CRANEY, J. L., BOLHOFNER, K., NICKELSBURG, M. J., WILLIAMS, M., et ZIMERMAN, B., (2002a), *Two-year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype*, American Journal of Psychiatry, Vol. 159, No. 6, pp. 927-933.

GELLER, B., FOX, L., et CLARK, K., (1994), *Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6-to 12-years-old depressed children*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 33, No. 4, pp. 461-468.

GELLER, B., et LUBY, J., (1997), *Child and adolescent bipolar disorder : A review of the past 10 years*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, No. 9, pp. 1168-1176.

GELLER, B., SUN, K., ZIMERMAN, B., LUBY, J., FRAZIER, J., et WILLIAMS, M., (1995), *Complex and rapid-cycling in bipolar children and adolescents : A preliminary study*, Journal of Affective Disorders, Vol. 34, No. 4, pp. 259-268.

GELLER, B., TILLMAN, R., CRANEY, J. L., et BOLHOFNER, K., (2004), *Four-year prospective outcome and natural history of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype*, Archives of General Psychiatry, Vol., 61, pp. 459-467.

GELLER, B., WILLIAMS, M., ZIMERMAN, B., FRAZIER, J., BERINGER, L., et WARNER, K. L., (1998), *Prepubertal and early adolescent bipolar differentiate from ADHD by manic symptoms, grandiose delusions, ultra-rapids or ultradian cycling*, Journal of Affective Disorders, Vol 51, No. 1, pp.81-91.

GELLER, B., ZIMERMAN, B., WILLIAMS, M., BOLHOFNER, K., et CRANEY, J. L., (2001), *Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder*, American Journal of Psychiatry, Vol. 158, No. 1, pp. 125-127.

GELLER, B., ZIMERMAN, B., WILLIAMS, M., BOLHOFNER, K., CRANEY, J. L., DeBELLO, M. P. et SOUTULLO, C. A., (2000), *Diagnostic Characteristics of 93 cases of a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype by gender, puberty, and comorbid attention deficit hyperactivity disorder*, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Vol. 10, No. 3, pp. 157-164.

GELLER, B., ZIMERMAN, B., WILLIAMS, M., DeBELLO, M. P., FRAZIER, J., et BERINGER, L., (2002b), *Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorders : examples of elated mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality*, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Vol. 12, No. 1, pp. 3-9.

GRILO, C. M., BECKER, D. F., FEHON, D. C., EDELL, W. S. et McGLASHAN, T. H. (1996), *Conduct Disorder, Substance Use Disorders, and Coexisting Conduct and Substance Use Disorders in Adolescent Inpatients*, American Journal of Psychiatry, Vol 153, No. 7, pp. 914-920.

INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL (2006), « Historique de l'hôpital psychiatrique ».

Page consultée le 30 janvier 2008 au :

http://www.pinel.qc.ca/ContentT.aspx?nav_id=101&lang_id=F

HARE, R. D., HART, S. D., et HARPUR, T. J., (1991), *Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder*, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 100, No. 3, pp. 391-398.

HAZELL, P. L., LEWIN, T. J. et CARR, V. J., (1999), *Confirmation that Child Behavior Checklist clinical scales discriminate juvenile mania from attention deficit hyperactivity disorder*, Journal of Paediatric and Child Health, Vol. 35, pp. 199-203.

HENDRICK, V., ALTSHULER, L. L., GITLIN, M. J., DELRAHIM, S., et HAMMEN, C., (2000), *Gender and bipolar disorder*, Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 61, pp. 393-396.

HINSHAW, S. P., (1987), *On the distinction between attentional deficits/ hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology*, Psychological Bulletin, Vol. 101, No. 3, pp. 443-463.

JENSEN, P. S., MARTIN, D., et CANTWEEL, D. P., (1997), *Comorbidity in ADHD : Implications for research, practice of DSM-IV*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, No. 8 pp. 1065-1079.

JOYCE, P. R., (1984), *Age of onset in bipolar affective disorder and misdiagnosis as schizophrenia*, Psychological Medicine, Vol. 14, pp. 145-149.

JUDD, L. L. et AKISTAL, H. S., (2003), *The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases*, Journal of Affective Disorders, Vol. 73, pp. 123-131.

JUDD, L. L., AKISTAL, H. S., SCHETTLER, P. J., ENDICOTT, J., MASER J., SOLOMON, D. A., LEON, A. C., RICE, J. A., et KELLER, M. B., (2002), *The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder*, Archives of General Psychiatry, Vol. 59, pp. 530-537.

KAFANTARIS, V., COLETTI, D. J., DICKER, R., PADULA, G., et POLLACK, S., (1998), *Are Childhood psychiatric histories of bipolar adolescents associated with family history, psychosis, and response to lithium treatment?*, Journal of Affective Disorders, Vol. 51, pp. 153-164.

KAZDIN, A., (1995), *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

KESSLER, R. C., McGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGUES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEM, H. U., et KENDLER, K. S., (1994), *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States : Results from the National Comorbidity Survey*, Archives of General Psychiatry, Vol. 51, No. 1, pp. 8-19.

KLEIN, R. G., PINE, D. S., et KLEIN, D. F., (1998), *Resolved : mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. Negative*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 37, No. 10, pp. 1093-1096.

KOVACS, M., et POLLOCK, M., (1995), *Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 34, No. 6, pp. 715-723.

KOWATCH, R. A., FRISTAD, M., BIRMAHER, B., WAGNER, K. D., FINDLING, R.L., HELLANDER, M., et THE CHILD PSYCHIATRIC WORKGROUP ON BIPOLAR DISORDER, (2005a), *Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 44, No. 3, pp. 213-235.

KOWATCH, R. A., YOUNGSTROM, E. A., DANIELYAN, A., et FINDLING, R. L., (2005b), *Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents*, Bipolar disorders, Vol. 7, No. 6, pp. 483-496.

KRAMLINGER, K. G., et POST, R., (1996), *Ultra-rapid and ultradian cycling in bipolar affective illness*, British Journal of Psychiatry, Vol. 168, pp. 314-323.

KUTCHER, S. P., MARTON, P., et KORENBLUM, M., (1989), *Relationship between psychiatric illness and conduct disorder in adolescence*, Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 34, No. 6, pp. 526-529.

LAHEY, B. B., McBURNETT, K., et LOEBER, R., (2000), *Are attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder developmental precursors to conduct disorder?* In A. J. Sameroff et M. Lewis (Eds), Handbook of Developmental psychopathology (2^e éd.), (pp. 431-446). Dordrecht, The Netherlands : Kluwer Academic.

LANDIS, J. R. et KOCH, G. G., (1977), *The measurement of observer agreement for categorical data*, Biometrics, Vol. 33, pp.159-174.

LEWINSOHN, P., KLEIN, D., et SEELY, J., (2000), *Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample*, Bipolar Disorders, Vol. 2, pp. 281-293.

LEWINSOHN, P., KLEIN, D., et SEELY, J., (1995), *Bipolar disorders in a community sample of older adolescents : Prevalence, phenomenology, comorbidity, and course*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 34, No. 4, pp. 454-463.

LISH, J. D., DIME-MEENAN, S., WHYBROW, P. C., PRICE, R. A., et HIRSCHFELD, R. M., (1994), *The National Depressive and Manic Depressive Association (DMDA) Survey of Bipolar Members*, Journal of Affective Disorders, Vol. 31, pp. 281-294.

LOEBER, R., KEENAN, K., LAHEY, B., GREEN, S., et THOMAS, C., (1993), *Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder*, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 21, No. 4, pp. 377-410.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, Lois révisées du Québec, c. S-4-2.

Loi sur la protection de la jeunesse, lois révisées du Québec, c. P-34.1

Loi sur les jeunes contrevenants, lois révisées du Canada (1985), c. Y-1.

Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, C-7, 2002.

MALONE, R. P., DELAHEY, M. A., LUEBBERT, J. F., CATER, J. et CAMPBELL, M., (2000), *A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder*, Archives of General Psychiatry, Vol. 57, No. 7, pp. 649-654.

McCLELLAN, J. M. et HAMILTON, J. D., (2006), *An evidence-based approach to an adolescent with emotional and behavioral dysregulation*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 45, pp. 489-493.

McCONAUGHY, S. H. et ACHENBACH, T. M., (1994), Manual for the Semi-structured Clinical Interview for Children and Adolescents. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.

McELROY, S. L., KECK, P. E. Jr, POPE, H. G. Jr, HUDSON, J. I., FAEDDA, G. et SWANN, A. C., (1992), *Clinical and research implications of dysphoric or mixed mania or hypomania*, American Journal of Psychiatry, Vol. 149, pp. 1633-1644.

McGLASHAN, T., (1988), *Adolescent versus adult onset of mania*, American Journal of Psychiatry, Vol. 145, No. 2, pp. 221-223.

McMAHON, R. J., et FRICK, P. J., (2005), *Evidence-based assessment of conduct problems in children and adolescents*, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 34, No. 3, pp. 477-505.

MICK, E., BIEDERMAN, J., PANDINA, G., et FARAONE, S. V., (2003), *A preliminary meta-analysis of the Child Behavior Checklist in pediatric bipolar disorder*, Biological Psychiatry, Vol. 53, pp. 1021-1027.

MILBERG, S., BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., WILENS, T. E., et CHU, M. P., (1997), *Associations between ADHD and psychoactive substances use disorder : Findings from a longitudinal study of high-risk siblings of ADHD children*, American Journal of Addictions, Vol. 6, pp. 318-329.

MOELLER, T. J. (2001), *Youth aggression and violence: a psychological approach*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.

NEWCORN, J. H., et HALPERIN, J. M., (1994), *Comorbidity among disruptive behavior disorders : Impact on severity, impairment, and response to treatment*, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Vol. 3, pp. 227-252.

PAVULURI, M. N., BIRMAHER, B. et NAYLOR, M. W., (2005), *Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 44, pp. 846-871.

PLISZKA, S. R., (1998), *Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder : An overview*, Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 59, pp. 50-59.

PLISZKA, S. R., SHERMAN, J. O., BARROW, M. V., et IRICK, S., (2000), *Affective disorder in juvenile offenders : A preliminary study*, American Journal of Psychiatry, Vol. 157, No. 1, pp. 130-132.

PRICE, J. M. et DODGE, K. A., (1989), *Reactive and Proactive aggression in childhood : Relation to peer status and social context dimensions*, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 17, No. 4, pp. 455-471.

SACHS, G. S., BALDASSANO, C. F., TRUMAN, C. J., et GUILLE, C., (2000), *Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early- and late-onset bipolar disorder*, American Journal of Psychiatry, Vol. 157, No. 3, pp. 466-468.

SATTERFIELD, J. H., et SCHELL, A., (1997), *A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys : adolescent and adult criminality*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, pp. 1726-1735.

SHOEMAKER, D. J. (1996), *Theories of delinquency* (3^e éd.). New York : Oxford University Press.

SPENCER, T. J., BIEDERMAN, J., WOZNIAK, J., FARAONE, S. V., WILENS, T. E., et MICK, E., (2001), *Parsing pediatric bipolar disorder from its associated comorbidity with the disruptive behavior disorders*, Biological Psychiatry, Vol. 49, No. 12, pp. 1062-1070.

SPSS BASE 11.0, Applications guidelines, SPSS Inc., Chicago, USA.

STANGER, C., ACHENBACH, T. M., et VERHULST, F. C., (1997), *Accelerated longitudinal comparisons of aggressive versus delinquent syndromes*, Development and Psychopathology, Vol. 9, No. 1, pp. 43-58.

STEINER, H., PETERSEN, M. L., SAXENA, K., FORD, S. et MATTHEWS, Z., (2003), *Divalproex sodium for the treatment of conduct disorder: A randomized controlled clinical trial*, Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 64, No. 10, pp.1183-1991.

STROBER, M., et CARLSON, G., (1982), *Predictors of bipolar illness in adolescents with major depression: A follow-up investigation*, Adolescent Psychiatry, Vol. 10, pp. 299-319.

SZATMARI, P., BOYLE, M., et ORFORD, D., (1989), *ADDH and conduct disorder : degree of diagnostic overlap and differences among correlates*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 28, No. 6, pp. 865-872.

TILLMAN, R., GELLER, B., BOLHOFNER, K., CRANEY, J. L., WILLIAMS, M., et ZIMERMAN, B., (2003), *Age of onset and rates of syndromal and subsyndromal comorbid DSM-IV diagnoses in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 42, No. 12, pp. 1486-1493.

TILLMAN, R., GELLER, B., FRAZIER, J., BERINGER, L., ZIMMERMAN, B., KLAGES, T., et BOLHOFNER, K., (2005), *Children with prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype from pediatric versus psychiatric facilities*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 44, No. 8, pp. 776-781.

VITARO, F., et **BRENDGEN, M.**, (2005), *Development of proactive and reactive aggression*. In R. E. Tremblay, W. H. Hartup, et J. Archer (Eds.), Developmental origins of aggression. (pp. 178-201). New York : Guilford Press.

VITARO, F., GENDREAU, P. L., TREMBLAY, R. E., et OLIGNY, P., (1998), *Reactive and proactive aggression differentially predict later conduct problems*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 39, No. 3, pp. 377-385.

VITIELLO, B., et **STOFF, D.**, (1997), *Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, pp. 307-315.

WECKERLY, J., (2002), *Pediatric bipolar mood disorder*, Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 23, No. 1, pp.42-56.

WELLER, E., WELLER, R., et FRISTAD, M., (1995), *Bipolar disorder in children: Misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 34, No. 6, pp.709-714.

WEST, S. A., STRAKOWSKI, S. M., SAX, K. W., McELROY, S. L., KECK, P. E., et McCONVILLE, B., (1996), *Phenomenology, and comorbidity of adolescents hospitalized for the treatment of acute mania*, Biological Psychiatry, Vol. 39, No. 6, pp. 458-460.

WEST, S. A., McELROY, S., STRAKOWSKI, S., KECK, P., et McCONVILLE, B., (1995), *Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania*, American Journal of Psychiatry, Vol. 152, No. 2, pp. 271-274.

WILENS, T. E., BIEDERMAN, J., ABRANTES, A. M., et SPENCER, T. J., (1997), *Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, No. 7, pp. 941-947.

WILENS, T. E., BIEDERMAN, J., MILLSTEIN, R. B., WOZNIAK, J., HAHESEY, A. L. et SPENCER, T. J., (1999), *Risk for substance use disorders in youths with child- and adolescent-onset bipolar disorder*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 38, No. 6, pp. 680-685.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (1993), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research*. Genève : auteur.

WOZNIAK, J., BIEDERMAN, J., FARAONE, S. V., BLIER, H., et MONUTEAUX, M. C., (2001), *Heterogeneity of childhood conduct disorder: Further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder*, Journal of Affective Disorders, Vol. 64, No. 2-3, pp. 121-131.

WOZNIAK, J., BIEDERMAN, J., KIELY, K., ABLON, J. S., FARAONE, S. V. MUNDY, E., et MENNIN, D., (1995), *Mania-like symptoms suggestive of childhood onset bipolar disorder in clinically referred children*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 34, No. 7, pp. 867-876.

YOUNG, R. C., BIGGS, J. T., ZIEGLER, V. E. et MEYER, D. A., (1978), *A rating scale for mania : reliability, validity, and sensitivity*, British Journal of Psychiatry, Vol. 133, pp. 429-435.

YOUNGSTROM, E. A. et DUAX, J. (2005), *Evidence-Based Assessment of Pediatric Bipolar Disorder, Part I: Base Rate and Family History*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 44, No. 7, pp. 712-717.

YOUNGSTROM, E. A. et YOUNGSTROM, J. K., (2005), *Evidence-based assessment of pediatric bipolar disorder, Part II : Incorporating information from behavior checklists*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 44, No. 8, pp. 823-828.

ANNEXE

Tableau 43

Tableau comparatif des variables étudiées.

Tableau 43. Tableau comparatif des variables étudiées.

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
Âge au premier délit	1) 14,7 ans 2) 13,8 ans 3) 13,6 ans	1) 14,6 ans 2) 13,5 ans 3) 14,3 ans	Aucune étude.	Délit plus précoce chez Gr. 3 (DSM) et Gr. 2 (CBCL)
Nombre de délits officiels	1) 6,8 délits 2) 2,7 délits 3) 5,6 délits	1) 7,0 délits 2) 6,0 délits 3) 5,2 délits	<u>Biederman et coll. (2003)</u> : TDC + MAB-J : similaire au TDC seul (sans MAB-J).	Gr.1 (DSM et CBCL) similaire au Gr.3 (DSM) et Gr.2 et 3 (CBCL). Gr.2 (DSM) peu délits officiels.
Type de délits antérieurs (>25%)	1) objets/physique/verbal/subst. 2) objets/physique/verbal/sexuel 3) physique/objets/verbal	1) objets/physique/verbal/subst. 2) physique/objets/verbal/subst. 3) objets/physique/verbal	<u>Carlson (1983, 1984); Davis (1979)</u> : MAB-J : crises en réponse à de simples stimuli et/ou stressseurs / reliées à une limite imposée par les parents. Irritabilité peut mener à cmpt. agressif verbal (menaces) et physique envers les autres (pairs, famille, adultes et enseignants). <u>Wozniak et coll.(1995)</u> : MAB-J: agressivité physique et verbale importante; crise de rage et de colère; attaque les gens et bris d'objets. Désorganisés, réactifs et impulsifs.	Gr.3 (DSM) et Gr 2 (CBCL) : plus de délits impliquant agressivité et violence physique. Indicateur d'impulsivité et de réactivité.
Type de délits actuels (> 40%) (violence)	1) physique (1 > 3) 2) physique, verbal 3) physique, objets, verbal	1) physique (1 > 2) 2) physique, verbal 3) physique		Gr.1 (DSM et CBCL) : IPPM pour délit grave (voir symptômes du TDC). <i>Gr.2 et 3 (DSM et CBCL) : plusieurs accusations au dernier délit : agressivité physique et verbale; jeune désorganisé, impulsif et réactif vs entourage (gens et objets).</i>
Violence envers des personnes autres qu'en autorité (ex. pairs, inconnu)	1) 91% 2) 60% 3) 81%	1) 94% (1 > 3) 2) 89% 3) 74%	<u>Biederman et coll. (1997, 1999, 2003); Spencer et coll. (2001)</u> : TDC + MAB-J : autant de comportements agressifs proactifs que réactifs.	Gr.1 (DSM et CBCL) : violence autant proactive que réactive, mais surtout dirigée vs personnes autres qu'en autorité. Délinquance plus organisée.

²⁸ Groupe 1 : Délinquants sans pathologie associée; Groupe 2 : Délinquants bipolaires; Groupe 3 : Délinquants hyperactifs.

²⁹ Groupe 1 : Jeunes avec TDC délinquant; Groupe 2 : Jeunes avec TDC et une MAB-J; Groupe 3 : Jeunes ayant un TDC avec des symptômes du TDAH.

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
Violence envers des personnes en autorité (ex. policier, enseignant, parent, intervenant)	1) 44% 2) 100% (2 > 1) 3) 62%	1) 37% 2) 78% (2 > 1 : NS) 3) 67% (3 > 1)	<u>Biederman et coll. (1997)</u> : TDC seul : agressivité proactive/prédatrice; délinquance organisée TDC + MAB-J : agressivité proactive et réactive; délinquance moins organisée que TDC seul.	Gr.2 (DSM) : presque toujours violence réactive; souvent envers les personnes en autorité. Violence planifiée très faible; très réactif, peu organisé.
Violence planifiée/proactive	1) 67% 2) 20% 3) 52%	1) 71% 2) 44% 3) 48%	<u>Carlson (1983, 1984); Davis, (1979)</u> : MAB-J : crises en réponse à de simples stimuli et/ou stressors, limite imposée par les parents. Irritabilité peut mener à agressivité verbale et physique envers entourage (pairs, famille, adultes et enseignants).	<i>Gr.3 (DSM), Gr. 2 et 3 (CBCL) : violence diversifiée : planifiée et réactive en proportion similaire, victimes en autorité ou non. Suggère délinquance moins organisée que Gr.1 (DSM et CBCL).</i>
Violence réactive/ non-planifiée	1) 67% 2) 100% 3) 81%	1) 69% 2) 78% 3) 78%	<u>Wozniak et coll.(1995)</u> : MAB-J: agressivité physique et verbale importante; attaque les gens et bris d'objets. Réactifs, désorganisés et impulsifs.	
Parents : Négligence parentale	1) Père : 38%; Mère : 18% 2) Père : 0%; Mère : 17% 3) Père : 50% (3 > 1); Mère : 55% (3 > 1; 3 > 2).	1) Père : 44%; Mère : 17% 2) Père : 35%; Mère : 45% (2 > 1) 3) Père : 40%; Mère : 43% (3 > 1)	Aucune étude.	<i>Gr.3 (DSM) et Gr.2 et 3 (CBCL) : forte proportion de négligence parentale. Gr.2 (DSM) : quasi-absence de négligence parentale.</i>
Parents : Troubles de consommation alcool	1) Père : 42%; Mère : 15% 2) Père : 17%; Mère : 17% 3) Père : 53%; Mère : 23%	1) Père : 44%; Mère : 13% 2) Père : 60%; Mère : 25% 3) Père : 38%; Mère : 20%	Aucune étude.	Gr.2 (DSM) : faible proportion de trouble de cons. d'alcool. <i>Gr.3 (DSM) et Gr.2 (CBCL) : forte proportion de trouble de cons. d'alcool.</i>
Parents : Troubles de cons. substances psychoactives	1) Père : 25%; Mère : 12% 2) Père : 0%; Mère : 0% 3) Père : 48% (3 > 1; 3 > 2); Mère : 38% (3 > 1)	1) Père : 24%; Mère : 11% 2) Père : 40%; Mère : 30% 3) Père : 38%; Mère : 28%	<u>Biederman et coll. (1997)</u> : Parents des TDC + MAB-J : plus nombreux que les parents de TDC seul et de TDAH (sans TDC) à présenter un trouble de cons. subst. psychoactives.	Gr.2 (DSM) : aucun trouble de consommation de substances. <i>Gr. 3 (DSM) et Gr. 2 et 3 (CBCL) : plus forte proportion de troubles de cons. substances.</i>

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
Parents : Antécédents judiciaires	1) Père : 27%; Mère : 2% 2) Père : 0%; Mère : 0% 3) Père : 45%; Mère : 13% (3 > 1)	1) Père : 28%; Mère : 2% 2) Père : 30%; Mère : 10% 3) Père : 38%; Mère : 8%	<u>Bierderman et coll. (1997; 2003);</u> <u>Wozniak et coll. (2001)</u> : Troubles antisociaux (trouble pers. antisociale et TDC) : plus fréquents chez parents de TDC + MAB-J que ceux de TDC seul.	Gr.2 (DSM) : aucun antécédent judiciaire. Gr. 3 (DSM) et Gr. 2 et 3 (CBCL) plus forte présence d'antécédents judiciaires.
Parents : Suicide / tentative de suicide	1) Père : 8%; Mère : 2% 2) Père : 33% (2 > 3); Mère : 0% 3) Père : 0%; Mère : 15% (3 > 1)	1) Père : 7%; Mère : 2% 2) Père : 10%; Mère : 10% 3) Père : 5%; Mère : 10%	Aucune étude.	Gr.2 et 3 (DSM) et Gr.2 (CBCL): proportion plus élevée de suicide et/ou tentative de suicide.
Parents : Troubles de l'humeur	1) Père : 5%; Mère : 17% 2) Père : 17%; Mère : 33% 3) Père : 5%; Mère : 18%	1) Père : 7%; Mère : 17% 2) Père : 10%; Mère : 25% 3) Père : 3%; Mère : 18%	<u>Biederman et coll. (1997)</u> : Parents de TDC + MAB-J : plus grande proportion MAB et de dépression majeure vs ceux des TDAH (sans TDC).	Gr.2 (DSM et CBCL) plus forte proportion de troubles de l'humeur. Gr.1 et 3 (DSM et CBCL) sont comparables.
Relations familiales (% de jeunes ayant des relations agréables avec parents/fratrie)	1) 54% à 68% 2) 100% 3) 48% à 68%	1) 59% à 67% 2) 67% à 80% 3) 46% à 73%	<u>Bierderman et coll. (2003)</u> : Aucune différence entre TDC seul et TDC + MAB-J quant aux conflits familiaux.	<i>Aucune difficulté relationnelle familiale chez Gr.2 (DSM).</i> Gr.1 et 3 (DSM) et Gr. 1, 2 et 3 (CBCL) sont comparables.
Relations sociales (adéquat/ retiré/ rejeté/ conflictuel)	1) La moitié adéquats et/ou retirés, parfois conflictuels, rarement exclus. 2) Presque tous conflictuels et/ou rejetés, la moitié retirés, aucun adéquats. 3) La majorité conflictuels, la moitié adéquate mais rejetés, peu retirés.	1) La moitié adéquats et/ou retirés, parfois conflictuels, rarement exclus. 2) Forte majorité conflictuels et/ou rejetés, la moitié retirés et peu adéquats. 3) La plupart conflictuels, la moitié adéquats mais rejetés, peu retirés.	<u>Faraone et coll. (1997a)</u> : Plus de problèmes relationnels avec famille et pairs chez MAB-J vs TDAH (sans TDC). <u>Geller et coll. (2002)</u> : MAB-J : pauvre relation avec fratrie et conflit avec parents.	Gr.1 (DSM et CBCL) : peu de difficultés relationnelles sociales ou avec personnes en autorité. <i>Gr.2 et 3 (DSM et CBCL) : forte proportion de difficultés relationnelles, mais Gr.2 proportionnellement encore plus nombreuses que Gr.3.</i>
Relations avec des personnes en autorité (adéquat/ retiré/ rejeté/ conflictuel – catégories non-mutuellement exclusives)	1) Forte majorité retirés et/ou adéquats, parfois conflictuels, rarement exclus. 2) Presque tous conflictuels, forte majorité retirés et/ou rejetés, aucun adéquats. 3) La plupart conflictuels, la moitié rejetés, parfois adéquats et/ou retirés.	1) La plupart retirés, la moitié adéquats, parfois conflictuels, rarement rejetés. 2) Forte majorité conflictuels, la moitié retirés et/ou rejetés, peu adéquats. 3) La plupart conflictuels, la moitié retirés et/ou rejetés, peu adéquats.	<u>Pavuluri, Birmaher et Naylor (2005)</u> : MAB-J : surévalue colère et hostilité chez pairs : amène des difficultés relationnelles avec autres jeunes.	<i>Congruent avec le mode relationnel observé chez les délinquants bipolaires qui ne sont jamais adéquats, fort conflictuels et souvent rejetés.</i>

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
Relations avec pairs délinquants (fréquentation, délits, gang)	<p>1) Presque tous fréquentent des pairs délinquants (1 > 3); la forte majorité commettent des délits avec eux (1 > 3); 20% membres d'un gang structuré.</p> <p>2) La plupart fréquentent des pairs délinquants; la moitié commettent des délits avec eux; 17% membres d'un gang structuré.</p> <p>3) La moitié fréquentent des pairs délinquants; commettent parfois des délits avec eux; 10% membres d'un gang structuré.</p>	<p>1) Presque tous fréquentent des pairs délinquants (1 > 3); forte majorité commettent des délits avec eux (1 > 3); 20% membres d'un gang structuré</p> <p>2) La plupart fréquentent des pairs délinquants; la moitié commettent des délits avec eux; proportionnellement plus nombreux membres d'un gang structuré (30%) (2 > 3).</p> <p>3) La moitié fréquentent des pairs délinquants; commettent parfois des délits avec eux; 5% membres d'un gang structuré.</p>	<p><u>Biederman et coll. (2003)</u> : TDC + MAB-J : similaire au TDC seul (sans MAB-J).</p> <p><u>Biederman et coll. (1997)</u> : TDC seul : agressivité proactive/prédatrice et délinquance organisée. TDC + MAB-J : agressivité proactive et réactive. Délinquance moins organisée que TDC seul.</p> <p><u>Faraone et coll. (1997a)</u> : MAB-J : plus de problèmes et/ou difficultés relationnelles avec famille et pairs que les jeunes avec TDAH (sans TDC).</p>	<p>DSM : Gr.2:fréquentations et affiliations démontrent une certaine organisation plus que le Gr.3 et moins que le Gr.1.</p> <p>CBCL : Gr.2 assez comparable à Gr.1 quant aux relations avec des pairs délinquants. Gr.2 affiche une affiliation à un gang supérieure au Gr.1 (NS).</p> <p>Gr.2 (DSM et CBCL) : malgré les difficultés relationnelles avec des pairs et son entourage, semble bien s'associer avec des pairs délinquants, ce qui ne semble pas le cas du Gr.3 (DSM et CBCL).</p>
École (Services particuliers/ placements en classe spéciale/ difficultés d'apprentissage)	<p>1) 65% à 83%</p> <p>2) 83% à 100%</p> <p>3) 80% à 88%</p>	<p>1) 63% à 80%</p> <p>2) 75% à 90%</p> <p>3) 80% à 88%</p>	<p><u>Biederman et coll. (1997; 1999)</u> : TDC + MAB-J : plus de services particuliers et placements en classe spéciale que TDC seul et TDAH (sans TDC).</p> <p><u>Faraone et coll. (1997b)</u> : MAB-J : entre 46% et 81% services particuliers; entre 38% et 41% placés en classe spéciale. TDAH : 58% services particuliers; 27% placés en classe spéciale (sans TDC).</p>	<p>Proportion plus élevée de services particuliers, de placement en classe spéciale et de difficultés d'apprentissage chez Gr. 2 et 3 (DSM et CBCL) que chez Gr.1 (DSM et CBCL) :</p> <p>Difficultés scolaires importantes pour tous les jeunes.</p>
Fonctionnement intellectuel (Quotient intellectuel)	<p>1) 94,0</p> <p>2) 89,0</p> <p>3) 90,3</p> <p><u>Échantillon total</u> : 92,3</p>	<p>1) 95,8 (1 > 3)</p> <p>2) 91,9</p> <p>3) 88,2</p>	<p><u>Biederman et coll. (1999)</u> : TDC seul : 98,8; TDC + MAB-J : 97,1.</p> <p><u>Biederman et coll. (1997)</u> : TDC seul : 104,0; TDC + MAB-J : 102,0.</p> <p><u>Faraone et coll. (1997b)</u> :</p>	<p>DSM et CBCL : QI similaire chez Gr.2 et 3, mais légèrement plus élevé chez Gr.1.</p> <p>Cotes obtenues nettement inférieures à celles des recherches, avec ou sans TDC.</p>

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
			MAB-J : entre 90,1 et 102,4 TDAH : 106,2. (sans TDC)	
Trouble lié à la consommation d'alcool: abus	1) 20% 2) 17% 3) 18%	1) 24% 2) 20% 3) 13%	<u>Biederman et coll. (1997) :</u> <i>Aucune différence significative entre les groupes: TDC, TDAH et TDC + MAB.</i>	DSM et CBCL : proportions similaires entre trois groupes, mais un peu plus élevé chez Gr.1.
Trouble lié à la consommation d'alcool: Dépendance	1) 3% 2) 17% 3) 8%	1) 7% 2) 5% 3) 5%	<u>Biederman et coll. (1997) :</u> <i>Dépendance à l'alcool plus élevée chez TDC seul et TDC + MAB que chez TDAH.</i>	DSM : Dépendance alcool plus élevée chez Gr.2 vs Gr.1 et 3. CBCL : Proportion de dépendance à l'alcool similaire
Trouble lié à la consommation de cannabis: abus	1) 35% 2) 0% 3) 38%	1) 46% 2) 25% 3) 25%	<i>Aucune étude sur le cannabis.</i> <u>Biederman et coll. (1997; 2003) :</u> <i>Abus substances plus élevé chez TDC + MAB-J que chez TDAH.</i>	DSM et CBCL : Abus cannabis plus fréquent chez Gr.1 et 3. Absence ou faible proportion d'abus cannabis chez Gr.2.
Trouble lié à la consommation de cannabis: Dépendance	1) 32% (1 > 3) 2) 67% (2 > 3) 3) 10 %	1) 28% 2) 15% 3) 28%	<i>Aucune étude sur le cannabis.</i> <u>Biederman et coll. (1997; 2003) :</u> <i>Dépendance substances plus élevée chez TDC seul et TDC + MAB-J que chez TDAH.</i> <u>Pliszka et coll. (2000) :</u> <i>TDC + MAB-J : 64%; TDC sans trouble affectif : 34%</i>	Proportions très similaires à Pliszka et coll. (2000). DSM : Dépendance cannabis très forte chez Gr.2 et élevée chez Gr.1 vs Gr.3. CBCL : Dépendance cannabis similaire entre Gr. 1 et 3, mais plus faible chez Gr.2.
Traits de personnalité : Antisociale	1) 87% (1 > 2; 1 > 3) 2) 50% 3) 53%	1) 85% (1 > 2; 1 > 3) 2) 55% 3) 65%	<u>Lewinsohn et coll. (2000) :</u> MAB-J, avec ou sans TDAH, augmente le risque de présenter personnalité antisociale et limite.	Gr.1 (DSM et CBCL) très forte présence de traits antisociaux vs Gr. 2 et 3 (DSM et CBCL). <i>Gr.3 (DSM) et Gr.2 et 3 (DSM et CBCL) présence élevée de traits de personnalité limite (relations sociales instables; impulsivité</i>
Traits de personnalité : Limite	1) 28% 2) 17% 3) 65% (3 > 1)	1) 26% 2) 45% 3) 58% (3 > 1)		

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
Traits de personnalité : Histrionique	1) 2% 2) 0% 3) 13% (3 > 1)	1) 2% 2) 10% 3) 8%	Aucune étude.	<i>marquée) et histrionique (réponses émotionnelles excessives; recherche d'attention) (APA, 1994).</i>
Traits de personnalité : Narcissique	1) 50% 2) 33% 3) 38%	1) 48% 2) 50% 3) 38%	Aucune étude.	<i>Gr.2 (DSM) : très forte présence de traits de personnalité évitante (inhibition sociale, attitude et comportements craintifs et anxieux, sentiment d'infériorité) (APA, 1994). Traits rappellent certains troubles anxieux : selon AACAP (2007b) très souvent cooccurrents à la MAB-J.</i>
Traits de personnalité : Évitante	1) 0% 2) 33% (2 > 1; 2 > 3) 3) 3%	1) 2% 2) 5% 3) 3%	Aucune étude.	
TDC : Début durant l'enfance	1) 47% 2) 83% 3) 70% (3 > 1)	1) 41% 2) 85% (2 > 1) 3) 63%	<u>APA (2000) :</u> TDC durant enfance : agressivité physique fréquente, mauvaise relation avec pairs, TDAH. TDC durant adolescence : moins de cmpt. agressifs, meilleure relation avec pairs, délinquance en groupe.	<i>Gr. 2 (DSM et CBCL) : presque tous TDC à début durant enfance avec présence de TDAH. Agressivité physique importante (voir CBCL), relation avec pairs médiocre.</i>
TDC : Début durant l'adolescence	1) 53% (1 > 3) 2) 17% 3) 30%	1) 59% (1 > 2) 2) 15% 3) 38%	<u>Grilo et coll. (1996) :</u> TDC durant enfance : associé à troubles neurodéveloppementaux (ex. TDAH, MAB). TDC durant adolescence : associé à troubles psychosociaux (ex. trouble consommation de substances psychoactives).	Constats similaires au Gr.2 pour le Gr.3 (DSM et CBCL), mais moindre niveau. Gr.1 (DSM et CBCL) : moins agressifs, bonne entente avec pairs en général, délinquance de groupe, abus d'alcool et substances psychoactives élevés.
TDC : Âge du diagnostic	1) 15,4 ans (1 > 3) 2) 12,7 ans 3) 13,1 ans	1) 15,5 ans (1 > 2; 1 > 3) 2) 12,5 ans 3) 14,1 ans	<u>AACAP (1997b) :</u> Évolution des comportements extériorisés : TDAH – TOP – TDC. <u>Biederman et coll. (1999) :</u> Aucune différence significative entre groupes: TDC seul (7,6 ans) et TDC + MAB-J (6,9 ans). <u>Kovacs et Pollock (1995) :</u> TDC + MAB : 12,5 ans.	<i>Gr.2 (DSM et CBCL) : similaire à Kovacs et Pollock (1995). Similaire à la logique de l'AACAP : TDAH vers 9 ans; TOP entre 10 et 13 ans; TDC entre 12 et 15 ans.</i> DSM et CBCL : TDC plus précoce chez Gr.2 que Gr. 1 et 3.

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
TDC : Nombre de symptômes	1) 6,9 symptômes 2) 6,8 symptômes 3) 6,4 symptômes	1) 6,9 symptômes 2) 6,4 symptômes 3) 6,6 symptômes	<u>Biederman et coll. (1997)</u> : Mêmes types symptômes (TDC) entre TDC + MAB-J et TDC seul <u>Biederman et coll. (1999)</u> : Proportionnellement plus de symptômes (TDC) chez TDC + MAB-J que chez TDC seul.	Symptômes similaires entre trois groupes (DSM et CBCL).
Trouble oppositionnel avec provocation: Prévalence	1) 22% 2) 33% 3) 28% <u>Échantillon total</u> : 25%	1) 17% 2) 50% (2 > 1) 3) 25% (3 > 1)	<u>Biederman et coll. (1997; 1999; 2003)</u> : TOP plus fréquent chez TDC seul et chez TDC + MAB-J que chez TDAH. <u>Biederman et coll. (1999; 2003)</u> : TOP plus fréquent chez TDC + MAB-J que chez TDC seul. <u>Kowatch et coll. (2005b)</u> : <i>Chez MAB-J</i> : 53% <u>Pliszka et coll. (2000)</u> : 24% <u>Teplin et coll. (2005)</u> : 14,5% <u>Tillman et coll. (2003)</u> : <i>Chez MAB-J</i> : 78,5%	Proportion de TOP similaire à notre échantillon (25% vs 24% dans Pliszka et coll. (2000). Proportion de TOP chez MAB (Kowatch et coll., 2005b) similaire à Gr.2 (CBCL). DSM et CBCL : TOP plus prévalent dans Gr.2 que Gr.1 et 3
Trouble oppositionnel avec provocation: Âge	1) 13,9 ans 2) 10,0 ans 3) 11,5 ans	1) 14,0 ans 2) 11,7 ans 3) 12,1 ans	<u>AACAP (1997b)</u> : Évolution des comportements extériorisés : TDAH – TOP – TDC.	DSM et CBCL : TOP plus précoce chez Gr.2 que Gr. 1 et 3. Similaire à la logique de l'AACAP : TDAH vers 9 ans; TOP entre 10 et 13 ans; TDC entre 12 et 15 ans.
TDAH : Prévalence	1) 43% 2) 83% 3) 100% (3 > 1) <u>Échantillon total</u> : 67%	1) 41% 2) 90% (2 > 1) 3) 85% (3 > 1)	<u>Biederman et coll. (1999; 2003)</u> : TDAH plus fréquent chez TDC + MAB-J que chez TDC seul. <u>Kowatch et coll. (2005b)</u> : <i>Chez MAB-J</i> : 62% <u>Tillman et coll. (2003)</u> : <i>Chez MAB-J</i> : 87,1% <u>Faraone et coll. (1997a); Findling et coll. (2001); Geller et Luby (1997); Geller et coll. (1998); Kafantaris et coll.(1998); Kowatch</u>	DSM et CBCL : TDAH plus fréquent chez Gr.2 et 3 que Gr.1.

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
			<i>et coll.(2005b); Tillman et coll.(2003) West et coll. (1995); Wozniak et coll. (1995) :</i> TDAH touche entre 70% à 98% des enfants et entre 30% à 74% des adolescents avec MAB-J	
TDAH : Âge	1) 9,4 ans 2) 9,4 ans 3) 9,5 ans	1) 9,2 ans 2) 9,2 ans 3) 9,7 ans	<i>AACAP (1997b) :</i> Évolution des comportements extériorisés : TDAH – TOP – TDC. <i>Barkley (1996) :</i> TDAH se manifeste vers 3 ou 4 ans, mais devient problématique entre 5 et 7 ans (début école).	TDAH diagnostiqué entre 3 et 17 ans : tard pour identification. Similaire à l’AACAP : TDAH vers 9 ans; TOP entre 10 et 13 ans; TDC entre 12 et 15 ans. DSM et CBCL : âge similaire entre les trois groupes.
Épisode dépressif majeur : Prévalence	1) 5% 2) 17% 3) 13% <u>Échantillon total</u> : 9%	1) 7% 2) 20% 3) 5%	<i>Biederman et coll. (1997) :</i> Proportion plus élevée chez TDC + MAB-J que chez TDC seul et TDAH. <i>Biederman et coll. (1999) :</i> Proportion plus élevée chez TDC + MAB-J que chez TDC seul. <i>Kutcher, Marton, Korenblum (1989) :</i> dépression majeure: 19% <i>Levinsohn et coll. (1995) :</i> 18,5% <i>Pliszka et coll. (2000) :</i> 20% <i>Teplin et coll. (2005) :</i> 13% <i>Geller et Luby (1997); Judd et coll.(2002) :</i> Dépression majeure souvent première manifestation d’une MAB-J.	DSM et CBCL : forte prévalence épisode dépressifs majeur dans Gr.2 vs Gr.1 et 3. Proportion de notre échantillon inférieure à toutes les recherches de 4% à 11%. <i>Tillman et coll. (2005) :</i> <i>MAB-J souvent épisodes mixtes (risque suicidaire et symptômes dépressifs). Consultation en psychiatrie accrue: la symptomatologie dépressive est plus facile à évaluer que la symptomatologie maniaque dans les cas de MAB-J.</i> Peut expliquer pourquoi tous les épisodes dépressifs dans notre échantillon ont été traités.
Épisode dépressif majeur : Âge	1) 15,7 ans 2) 16,0 ans 3) 14,8 ans	1) 13,7 ans 2) 15,8 ans (2 > 1) 3) 16,5 ans	<i>Lewinsohn et coll. (1995):</i> 15 ans <i>Pliszka et coll. (2000) :</i> 11,2 ans	Âge similaire à celui de Lewinsohn et coll. (1995)

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
Épisode maniaque : Prévalence	1) Aucun. 2) 100% 3) Aucun. <u>Échantillon total</u> : 6%	1) Aucun. 2) 10% 3) 10%	<u>Kutcher, Marton et Korenblum (1989)</u> : Chez TDC : 31% <u>Lewinsohn, Klein et Seely (1995)</u> : 6,7% <u>Pliszka et coll. (2000)</u> : 22% <u>Teplin et coll. (2002)</u> : 2,2% <u>Youngstrom, Youngstrom et Starr (2005)</u> : 7,2%	Notre proportion similaire à Lewinsohn, Klein et Seely (1995) et Youngstrom, Youngstrom et Starr (2005).
Épisode maniaque : Âge	1) n/a 2) 14,3 ans 3) n/a	1) n/a 2) 16,0 ans 3) 13,5 ans	<u>Biederman et coll. (1999); Tillman et coll. (2003)</u> : 6 ans <u>Kovacs et Pollock (1995)</u> : 13,3 ans <u>Pliszka et coll. (2000)</u> : 13,6 ans	Âge similaire (< 1 an) à celui de Kovacs et Pollock (1995) et Pliszka et coll. (2000).
Idées et/ou tentatives de suicide	1) 32% 2) 50% 3) 60% (3 > 1)	1) 30% 2) 50% 3) 55% (3 > 1)	<u>Levinsohn et coll. (1995)</u> : MAB : forte proportion de tentative de suicide.	DSM et CBCL : forte proportion tentatives de suicide dans Gr. 2 et 3 vs Gr.1, mais plus élevée dans Gr. 3.
Médication : Anticonvulsivant/ stabilisateurs de l'humeur	1) 2% 2) 33% (2 > 1; 2 > 3) 3) 0%	1) 2% 2) 5% 3) 3%	<u>Biederman et coll. (1998)</u> : Amélioration des symptômes maniaques. Pas ce constat avec psychostimulants et antidépresseurs.	Gr.2 (DSM) forte prescription d'anticonvulsivant et/ou stabilisateurs de l'humeur.
Médication : Neuroleptiques atypiques	1) 23% 2) 67% (2 > 1) 3) 40%	1) 20% 2) 40% 3) 43% (3 > 1)	<u>Frazier et coll. (1999)</u> : Efficacité sur certains symptômes du TDC (médication améliore agressivité de MAB-J) <u>Findling et coll. (2000)</u> : Efficacité pour améliorer agressivité du TDC.	Gr.2 (DSM) forte prescription de neuroleptiques atypiques. Gr.2 (CBCL) et Gr.3 (DSM et CBCL) prescription élevée de neuroleptiques atypiques vs Gr.1 (DSM et CBCL).
Médication : Psychostimulants	1) 10% 2) 50% (2 > 1) 3) 73% (3 > 1)	1) 15% 2) 45% (2 > 1) 3) 55% (3 > 1)	<u>Biederman et coll. (1998)</u> : MAB-J : Aucune amélioration de symptômes maniaques avec psychostimulants. <u>Biederman et coll. (1999; 2003)</u> : TDAH plus fréquent chez TDC + MAB-J que chez TDC seul.	DSM et CBCL : Gr.2 et Gr.3 forte prescription de psychostimulants vs Gr.1. Forte prescription dans Gr.2 (DSM et CBCL) probablement attribuable à : 1) la forte cooccurrence du TDAH chez MAB-J, <u>ou</u>

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
				2) la MAB-J non-reconnue et TDAH identifié (Tillman et coll., 2005).
Médication : Antidépresseurs ISRS	1) 12% 2) 0% 3) 13%	1) 15% 2) 10% 3) 8%	<u>Biederman et coll. (1998)</u> : MAB-J : Aucune amélioration de symptômes maniaques avec antidépresseurs.	Gr.2 (DSM) : aucune prescription d'antidépresseurs.
CBCL : Échelle anxio-dépressive (/14)	1) 2,2 cmpts. 2) 3,2 cmpts. 3) 2,6 cmpts.	1) 1,9 cmpts. 2) 4,9 cmpts. (2 > 1; 2 > 3) 3) 1,8 cmpts.	<u>Biederman et coll. (1999)</u> : Échelle plus élevée chez TDC + MAB-J que TDC seul. <u>Faraone et coll. (1997b)</u> : Résultats aux échelles plus élevés chez MAB-J que TDAH.	Échelle anxio-dépressive est plus élevée chez Gr. 2 (CBCL) que chez Gr.2 (DSM). Gr.2 (DSM) : certains jeunes classés dans Gr.3 (CBCL) au lieu du Gr.2 (CBCL) en raison d'un résultat non-significatif à l'échelle anxio-dépressive.
CBCL : Échelle troubles attentionnels (/11)	1) 2,3 cmpts. 2) 5,0 cmpts. (2 > 1) 3) 4,7 cmpts. (3 > 1)	1) 1,5 cmpts. 2) 5,1 cmpts. (2 > 1) 3) 4,5 cmpts. (3 > 1)	<u>Biederman et coll. (1999)</u> : Échelle plus élevée chez TDC + MAB-J que TDC seul. <u>Faraone et coll. (1997b)</u> : Résultats aux échelles similaires entre MAB-J et TDAH. <u>Mick et coll. (2003)</u> : Résultats aux échelles similaires entre MAB-J et TDAH, mais un peu plus élevée chez MAB-J.	DSM et CBCL : échelle plus élevée chez Gr. 2 et 3 vs Gr.1. Échelle similaire entre Gr. 2 et 3 (DSM et CBCL), mais plus élevée chez Gr. 2.
CBCL : Échelle comportements agressifs (/18)	1) 4,9 cmpts. 2) 12,9 cmpts. (2 > 1) 3) 11,1 cmpts. (3 > 1)	1) 4,3 cmpts. 2) 11,7 cmpts. (2 > 1) 3) 9,6 cmpts. (3 > 1)	<u>Biederman et coll. (1999)</u> : Échelle plus élevée chez TDC + MAB-J que TDC seul. <u>Faraone et coll. (1997b)</u> : Résultats aux échelles plus élevés chez MAB-J que TDAH. <u>Mick et coll. (2003)</u> : Résultats aux échelles similaires entre MAB-J et TDAH, mais un peu plus élevée chez MAB-J.	DSM et CBCL : échelle plus élevée chez Gr. 2 et 3 vs Gr.1. Échelle similaire entre Gr. 2 et 3 (DSM et CBCL), mais plus élevée chez Gr. 2.

<i>Variables</i>	<i>TDC sur la base du DSM²⁸</i>	<i>TDC sur la base du CBCL²⁹</i>	<i>Études TDC et/ou MAB</i>	<i>Concordance</i>
Agressivité sévère : Nécessite isolement et contention	1) 45% 2) 83% 3) 85% (3 > 1)	1) 37% 2) 90% (2 > 1) 3) 78% (3 > 1)	<u>Biederman et coll. (1997; 2003);</u> <u>Kovacs et Pollock (1995);</u> <u>Wozniak et coll. (1995; 2001) :</u> TDC + MAB-J : irritables, explosifs, comportements désorganisés et agressifs sévères.	DSM et CBCL : proportion de désorganisations majeures amenant une mise en isolement et contention nettement plus élevé chez Gr. 2 et 3 que Gr.1. Gr.2 et 3 (DSM) et surtout Gr.2 (CBCL) : nombre de mesures reflète côté irritable, explosif, désorganisé et agressif.
Agressivité sévère : Nombre mesure isolement et contention	1) 0,8 mesure 2) 2,8 mesures (2 > 1 : NS) 3) 2,6 mesures (3 > 1) <u>Échantillon total</u> : 1,9 mesures	1) 0,9 mesure 2) 5,0 mesures (2 > 1) 3) 2,9 mesures (3 > 1)		
Adolescent reste en traitement à l'IPPM après évaluation	1) 12% 2) 50% (2 > 1) 3) 40% (3 > 1)	1) 11% 2) 20% 3) 43% (3 > 1)	Aucune étude.	Gr.1 (DSM et CBCL) : peu restent en traitement à l'IPPM. Gr.2 et 3 (DSM) et gr.3 (CBCL) plus nombreux à rester en traitement, mais surtout gr.2 (DSM). Indique un niveau de désorganisation sévère et une agressivité importante nécessitant encadrement de l'IPPM. Gr.2 (CBCL) : très agressifs et très désorganisés, mais très peu restent en traitement.

