

## Caractéristiques familiales d'élèves du primaire ayant des troubles extériorisés et intériorisés

Shelbie Lizotte, Michèle Déry and Pierrette Verlaan

Volume 11, Number 2, 2008

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1017503ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1017503ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

### ISSN

1911-8805 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Lizotte, S., Déry, M. & Verlaan, P. (2008). Caractéristiques familiales d'élèves du primaire ayant des troubles extériorisés et intériorisés. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 11(2), 189–204. <https://doi.org/10.7202/1017503ar>

### Article abstract

The study reported on here deals with the family characteristics that distinguish pupils who present with both disruptive behaviour disorders and internalized disorders from those who present with disorders of only one of these two kinds. The study was conducted with 309 elementary school pupils, of whom 196 were being followed for behaviour disorders and 113 were ordinary pupils who formed the control group. The findings suggest that pupils with concomitant disorders are clearly differentiated from pupils in the control group and are differentiated to a somewhat lesser degree from pupils with internalized disorders. However, their family characteristics are very similar to those of pupils with disruptive behaviour disorders. These findings are discussed from the perspective of the interventions to be made with these different groups of pupils.

## Caractéristiques familiales d'élèves du primaire ayant des troubles extériorisés et intériorisés

**Shelbie Lizotte, Michèle Déry et Pierrette Verlaan**

Université de Sherbrooke

### Résumé

L'étude porte sur les caractéristiques familiales qui distinguent les élèves présentant à la fois des troubles du comportement intériorisés et extériorisés de ceux qui n'ont que l'un ou l'autre de ces types de troubles. L'étude est réalisée auprès de 309 élèves du primaire, dont 196 suivis pour des troubles du comportement et 113 élèves ordinaires formant le groupe témoin. Les résultats indiquent que les élèves qui ont des troubles concomitants se distinguent nettement des élèves du groupe témoin et, dans une moindre mesure, des élèves qui ont des troubles intériorisés. Leurs caractéristiques familiales sont toutefois très semblables à celles des élèves qui ont des troubles extériorisés. Ces résultats sont observés dans la perspective des interventions à offrir à ces différents groupes d'élèves.

### Abstract

The study reported on here deals with the family characteristics that distinguish pupils who present with both disruptive behaviour disorders and internalized disorders from those who present with disorders of only one of these two kinds. The study was conducted with 309 elementary school pupils, of whom 196 were being followed for behaviour disorders and 113 were ordinary pupils who formed the control group. The findings suggest that pupils with concomitant disorders are clearly differentiated from pupils in the control group and are differentiated to a somewhat lesser degree from pupils with internalized disorders. However, their family characteristics are very similar to those of pupils with disruptive behaviour disorders. These findings are discussed from the perspective of the interventions to be made with these different groups of pupils.

## 1. Problématique

Aux fins d'identification des élèves présentant des troubles du comportement, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (Gouvernement du Québec, 2007) reconnaît deux grandes catégories de troubles : ceux qui se manifestent par des comportements sur-réactifs ou extériorisés, incluant notamment l'agression, l'intimidation, l'impulsivité et le refus d'encadrement ; ceux qui se reflètent dans des comportements sous-réactifs ou intériorisés, dont l'anxiété, la dépression et le retrait. Plusieurs études suggèrent que les élèves dépistés à l'école primaire pour troubles du comportement le sont surtout pour des troubles extériorisés (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2004 ; Kershaw et Sonuga-Barke, 1998 ; Mattison, Gadow, Sprafkin et Nolan, 2002 ; Nelson, Babyak, Gonzalez et Benner, 2003 ; Place, Wilson, Martin et Hulsmeier, 2000). Par exemple, dans un échantillon représentatif de ces élèves, Déry *et al.* (2004) observent que la plupart des enfants ont un trouble de l'opposition avec provocation ou un trouble des conduites<sup>1</sup> ou, encore, des difficultés comportementales caractérisées par de l'hyperactivité/impulsivité. Cette étude révèle également que près de 20 % des élèves présentent un trouble anxieux ou un trouble dépressif mais, dans pratiquement tous les cas, ces troubles intériorisés s'accompagnent d'un trouble extériorisé concomitant.

La cooccurrence des troubles intériorisés et extériorisés est un phénomène fréquemment observé chez les jeunes qui ont des troubles du comportement (Fortin, Marcotte, Royer et Potvin, 2000 ; Nelson *et al.*, 2003). Fortin *et al.* (2000) mentionnent, toutefois, que ce phénomène reflète une sous-détection des troubles intériorisés en milieu scolaire, puisque les élèves ayant ce type de difficultés perturbent nettement moins la classe et passent davantage inaperçus pour les enseignants que ceux qui présentent des troubles extériorisés. Il peut donc y avoir un risque que les enfants qui manifestent à la fois des troubles extériorisés et intériorisés ne reçoivent que des interventions axées sur leurs troubles extériorisés. Or, reconnaître la cooccurrence de ces deux types de problèmes est important dans la mesure où cette concomitance pourrait nécessiter des interventions multidimensionnelles ou plus intenses auprès des élèves qui la présentent. En effet, des recensions d'écrits portant sur les troubles qui s'observent fréquemment en concomitance montrent que ce phénomène peut être lié à des facteurs de risque plus nombreux et diversifiés ou, encore, plus sévères que ceux qui sont habituellement rapportés pour l'un ou l'autre de ces troubles (Angold, Costello et Erkanli, 1999 ; Waschbusch, 2002).

Parmi les facteurs de risque associés aux troubles du comportement, les variables familiales sont reconnues pour jouer un rôle important (Dadds et Roth, 2001 ; Lahey et Waldman, 2003) et sont le plus souvent ciblées dans les programmes d'intervention. En effet, si l'intervention auprès de la famille n'apparaît pas, *a priori*, du ressort du milieu scolaire, la plupart des programmes implantés à l'école pour les élèves en difficulté de comportement comprennent un volet pour les parents afin d'améliorer leurs pratiques éducatives, la relation parent-enfant ou, encore, la collaboration avec l'école (Verlaan, Déry, Beaugard, Charbonneau et Pauzé, 2006). C'est notamment le cas du programme *Fluppy* du Centre de psychoéducation du Québec (Poulin, Capuano, Vitaro et Verlaan,

---

1 Ces deux troubles sont décrits dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) parmi les troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence, dans la catégorie des troubles perturbateurs. Le trouble de l'opposition comprend des comportements récurrents de désobéissance, de provocation, d'hostilité envers l'autorité, de crises de colères. Le trouble des conduites, quant à lui, fait référence à des conduites répétitives et persistantes par lesquelles l'enfant bafoue les droits d'autrui et ne respecte pas les normes et les règles sociales : il peut s'agir d'agression physique, de destruction de biens matériels, de fraudes, de mensonges, de vols ou de violation des règles sociales établies (absentéisme scolaire, fugues).

2006) et du programme *L'Allié* (Desbiens, Pascal, Bowen et Janosz, 2006) qui sont implantés dans plusieurs écoles primaires au Québec. En outre, lorsque les difficultés personnelles et familiales de l'élève nécessitent des interventions qui vont au-delà de ce que l'école peut offrir, les intervenants du milieu scolaire sont appelés à travailler en étroite collaboration avec les professionnels du secteur des services sociaux et de santé qui interviendront plus intensivement en milieu familial (Gouvernement du Québec, 2003). Par conséquent, savoir si les élèves qui présentent à la fois des troubles intériorisés et extériorisés sont exposés aux mêmes facteurs de risque familiaux que les élèves qui n'ont que l'un ou l'autre de ces troubles peut s'avérer important pour les intervenants scolaires et sociaux afin de mieux définir les interventions auprès de ces élèves et de leur famille.

## 1.1 Facteurs de risque et cooccurrence des troubles intériorisés et extériorisés

Plusieurs études ont mis en évidence un fort lien entre les troubles extériorisés et des conditions familiales difficiles (Lahey et Waldman, 2003; Moffitt, 2003; Snyder, Reid et Patterson, 2003). Outre la pauvreté de la famille ou le faible statut socioéconomique des parents (Leventhal et Brooks-Gun, 2000; McGee et Williams, 1999; Wasserman et Seracini, 2001), les variables familiales le plus souvent identifiées en lien avec les troubles extériorisés de l'enfant concernent, aussi, les difficultés personnelles des parents (séparation et instabilité de la relation de couple, troubles de la santé mentale, abus de psychotropes, activités délinquantes) et la qualité des pratiques éducatives et de la relation parent-enfant (faible supervision, inconstance des pratiques disciplinaires, attitude négative à l'égard de l'enfant) (McGee et Williams, 1999; Wasserman et Seracini, 2001). Par ailleurs, la présence des troubles intériorisés a également été associée à des conditions familiales difficiles (Conger, Wallace, Sun, Simons, McLoyd et Brody, 2002; Marcotte, Cournoyer, Gagné et Bélanger, 2005). C'est ainsi que des pratiques parentales surprotectrices ou rejetantes ont été mises en lien avec la présence de troubles dépressifs ou anxieux chez l'enfant, mais aussi les mésententes conjugales, les séparations et le manque de cohésion dans la famille (Marcotte *et al.*, 2005). Ce qui est moins clair, cependant, c'est la relation entre les facteurs de risque familiaux et la présence de troubles extériorisés et intériorisés concomitants. Seules quelques études ont porté sur cette relation. Elles se sont intéressées à trois grandes catégories de variables, soit les caractéristiques démographiques, les caractéristiques des parents et les caractéristiques de la relation parent-enfant.

Les études portant sur les caractéristiques démographiques arrivent à des résultats plutôt contradictoires. Talbot et Fleming (2003) rapportent que les enfants qui ont des troubles concomitants sont moins nombreux à vivre dans une famille intacte (avec les deux parents biologiques) que les enfants présentant soit un trouble intériorisé, soit un trouble extériorisé. Ces auteurs observent toutefois que ces trois groupes sont comparables pour ce qui est du niveau d'éducation des parents et de leur occupation. Capaldi (1991) obtient des résultats assez similaires entre les groupes d'enfants ayant des troubles concomitants et ceux ayant uniquement un trouble extériorisé pour ce qui est du nombre de personnes dans la famille, du statut socioéconomique et du nombre de recompositions familiales. Toutefois, sur toutes ces variables, la situation de ces deux groupes est plus problématique que celle des enfants qui ont uniquement un trouble intériorisé (*Ibid.*). Enfin, Meller et Borchardt (1996), qui n'ont comparé que les enfants ayant des troubles concomitants à ceux n'ayant qu'un trouble intériorisé, ne relèvent pas de différence entre ces groupes quant au statut socioéconomique.

Les quelques études ayant été réalisées sur les caractéristiques parentales ont surtout porté sur la santé mentale des parents, leurs conduites délinquantes ou leur consommation de psychotropes. Elles montrent que des problèmes tels la dépression et les comportements antisociaux sont plus sévères chez les parents d'enfants ayant des troubles intériorisés et extériorisés concomitants (Capaldi, 1991 ; Marmorstein et Iacono, 2004) et des troubles extériorisés uniquement (Capaldi, 1991) comparativement aux parents d'enfants ayant uniquement un trouble intériorisé. Il en est de même pour ce qui est de la consommation de psychotropes (*Ibid.*).

Enfin, des résultats contradictoires ressortent des études qui se sont intéressées aux caractéristiques de la relation parent-enfant et aux pratiques éducatives. D'une part, des résultats indiquent que les parents d'élèves qui présentent à la fois des troubles intériorisés et extériorisés ont une relation davantage négative avec leur enfant que ceux d'élèves qui n'ont que l'un ou l'autre de ces troubles (Capaldi, 1991 ; Ge, Best, Conger et Simons, 1996 ; Marmorstein et Iacono 2004). D'autre part, des études montrent que la qualité de la relation parent-enfant dans le groupe où il y a concomitance des troubles est semblable à celle du groupe où les troubles sont extériorisés (Dadds, Sanders, Morrison et Rebgetz, 1992 ; Kim, Ge, Brody, Conger, Gibbons et Simons, 2003), voire meilleure (Sanders, Dadds, Johnston et Cash, 1992), cette relation étant toutefois moins bonne que celle observée lorsque les jeunes n'ont qu'un trouble intériorisé. Cependant, d'autres études ne révèlent pas de différence entre ces trois groupes, bien que ces relations demeurent plus négatives que celles observées chez les enfants n'ayant aucun trouble du comportement (Fortin *et al.*, 2000 ; Talbot et Fleming, 2003).

## 1.2 Limites des études

Les résultats contradictoires d'une étude à l'autre ne permettent pas de tirer des conclusions claires quant à la similarité des caractéristiques familiales associées à la cooccurrence ou non des troubles intériorisés et extériorisés. Si ces contradictions peuvent partiellement s'expliquer par des différences dans les mesures et les variables utilisées d'une étude à l'autre, les études recensées comportent aussi certaines limites méthodologiques qui ne permettent pas de bien répondre à notre question de recherche.

Mentionnons, d'emblée, que les caractéristiques familiales associées à la cooccurrence des troubles extériorisés et intériorisés n'ont fait l'objet que d'un nombre relativement restreint d'études. Selon Waschbusch (2002), ce type d'études devrait toujours impliquer quatre groupes : deux groupes où les enfants ont un trouble intériorisé ou un trouble extériorisé uniquement, un groupe où les enfants présentent les deux types de troubles conjointement et un dernier groupe qui n'a aucun des deux types de troubles. Ce dernier groupe, ou groupe témoin, permet notamment de vérifier si les caractéristiques qui distinguent les troubles s'écartent de celles que l'on observerait normalement chez des enfants (*Ibid.*). Or, ce ne sont pas toutes les études qui adoptent une telle méthode (Meller et Borchardt, 1996).

Une autre limite concerne les seuils parfois relativement peu sévères qui ont été utilisés pour la formation des groupes, faisant en sorte que ces groupes ne soient pas très contrastés les uns des autres (Capaldi, 1991 ; Fortin *et al.*, 2000 ; Ge *et al.*, 1996 ; Kim *et al.*, 2003 ; Talbot et Fleming,

2003)<sup>2</sup>. Par conséquent, les résultats sur les caractéristiques familiales associées aux troubles du comportement peuvent ne pas se distinguer beaucoup entre les différents types de troubles.

Enfin, les caractéristiques familiales associées à la cooccurrence des troubles extériorisés et intériorisés sont beaucoup étudiées à l'adolescence (Fortin *et al.*, 2000 ; Ge *et al.*, 1996 ; Kim *et al.*, 2003 ; Marmorstein et Iacono, 2004 ; Talbot et Fleming, 2003). Or, la nature même de cette problématique chez les enfants, en particulier des troubles extériorisés, n'est pas nécessairement similaire aux troubles extériorisés manifestés à l'adolescence. En effet, plusieurs études ont montré que les troubles extériorisés comme les troubles des conduites sont plus sévères, c'est-à-dire plus agressifs et plus persistants s'ils apparaissent à l'enfance que ceux qui surviennent à l'adolescence (Aguilar, Sroufe, Egeland et Carlson, 2000 ; Lahey et Waldman, 2003 ; Moffitt et Caspi, 2001). Il est donc possible que les caractéristiques familiales associées aux troubles intériorisés et extériorisés chez les enfants d'âge scolaire primaire soient différentes de celles observées chez les adolescents.

### 1.3 Objectif

L'objectif poursuivi dans cette étude est d'identifier des caractéristiques familiales (démographiques, parentales, relationnelles) qui distinguent des élèves qui ont des troubles extériorisés et intériorisés concomitants de ceux qui ne présentent que l'un ou l'autre de ces troubles. La présente étude comprend quatre groupes (dont un groupe témoin) et porte sur des enfants d'âge scolaire primaire. Les troubles intériorisés ou extériorisés ont été identifiés à partir des critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000). En outre, la présence de ces troubles a été évaluée par deux informateurs pour augmenter la validité diagnostique (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, Gaudet, Lambert, St-Georges, Houde et Lépine, 1999 ; Jensen, Rubio-Stipec, Canino, Bird, Dulcan et Schwab-Stone, 1999). Les troubles extériorisés chez l'enfant ont été évalués par les parents et les enseignants, des informateurs considérés comme des sources d'information plus valides que l'enfant lui-même pour établir la présence de tels troubles (Breton *et al.*, 1999 ; Jensen *et al.*, 1999). Cependant, ce sont l'enfant et le parent qui ont identifié les troubles intériorisés puisque ces informateurs sont reconnus comme deux sources crédibles pour l'identification des troubles dépressifs ou anxieux (Jensen *et al.*, 1999).

## 2. Méthode

### 2.1 Participants et constitution des sous-groupes

L'étude a été réalisée auprès de 309 élèves du primaire, dont 196 présentant des troubles du comportement intériorisés ou extériorisés et 113 n'ayant pas ces troubles et formant le groupe témoin.

#### 2.1.1 Élèves ayant des troubles du comportement extériorisés ou intériorisés

Les enfants présentant des troubles intériorisés ou extériorisés ont été sélectionnés dans 6 commissions scolaires de l'Estrie et de la Montérégie parmi 362 élèves du primaire recevant des

---

2 Différents seuils peuvent être établis à partir d'une même mesure afin de déterminer la présence d'un trouble. Moins le seuil est sévère, plus il se rapproche de la moyenne du groupe.

services scolaires complémentaires pour des troubles du comportement<sup>3</sup>. Pour chacun de ces 362 élèves, un de leur parent et un de leur enseignant ont passé individuellement une entrevue diagnostique structurée basée sur les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000) pour identifier les élèves qui présentaient des troubles extériorisés (trouble de l'opposition avec provocation ou trouble des conduites), ou des troubles intériorisés (anxiété généralisée ou dépression) (voir la section sur les instruments de mesure). Ces entrevues diagnostiques ont révélé que 196 des 362 élèves rencontraient les critères diagnostiques pour au moins un de ces troubles. Parmi ceux-ci, 31 élèves (41,9% de filles) souffraient d'anxiété généralisée ou de dépression, 94 élèves (25,5% de filles) présentaient un trouble de l'opposition ou un trouble des conduites et 71 élèves (43,7% de filles) présentaient à la fois un trouble de l'opposition ou des conduites et de l'anxiété ou de la dépression. L'âge moyen de chacun de ces groupes est respectivement de 10,1 ans (é.t. = 1,9 an), de 9,8 ans (é.t. = 1,9 an) et de 9,8 ans (é.t. = 1,8 an). Tous les autres élèves qui ne rencontraient pas ces critères diagnostiques n'ont pas été retenus dans l'étude.

### 2.1.2 Groupe témoin

Les 113 élèves du groupe témoin ont été sélectionnés dans des écoles primaires situées, pour la plupart, dans des secteurs ouvriers. Ces secteurs ont surtout été ciblés pour réduire les écarts socioéconomiques entre les groupes d'élèves avec ou sans troubles de comportement. Ces élèves qui fréquentent de la première à la sixième année ont d'abord été sollicités au hasard pour former le groupe témoin. Une lettre a été envoyée aux parents de ces enfants afin de les informer des objectifs de l'étude et leur demander leur consentement pour qu'eux-mêmes et leur enfant y participent. Une vérification a ensuite été faite pour s'assurer que les élèves sélectionnés n'aient pas reçu de services complémentaires pour difficulté comportementale ou émotionnelle durant l'année scolaire précédente et celle en cours. Le groupe témoin est composé de 34,5% de filles. Les enfants sont âgés de 9,1 ans en moyenne (é.t. = 1,8 an).

## 2.2 Mesures

### 2.2.1 Troubles extériorisés et intériorisés

Comme nous l'avons déjà mentionné, le parent et l'enseignant ont agi comme informateurs pour les troubles extériorisés; le parent et l'enfant lui-même ont fourni les informations pour les troubles intériorisés.

Le *Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised* (DISC-R, Shaffer, Schwab-Stone, Fisher, Cohen, Piacentini, Davies, Connors et Regier, 1993; version française de Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et St-Georges, 1998) est un questionnaire diagnostique répondant aux critères du DSM-III-R (APA, 1987). Ce questionnaire contient plus de 150 questions de type oui-non. Il a été utilisé par un interviewer auprès du parent et auprès de l'enseignant pour détecter les symptômes et la présence de troubles extériorisés (trouble de l'opposition avec provocation, trouble des conduites)

---

3 Cet échantillon d'étude est tiré d'une étude longitudinale sur la persistance des troubles du comportement (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2008). Cette étude a bénéficié de l'appui financier du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, du Fonds québécois pour la recherche sur la société et la culture et de l'Université de Sherbrooke.

manifestés par l'enfant à l'école ou à la maison au cours des six derniers mois. Le parent a aussi répondu aux questions sur les symptômes de troubles intériorisés (dépression, anxiété) manifestés par l'enfant. Le questionnaire a été modifié afin qu'il englobe aussi les critères plus récents apparaissant dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). Les versions DSM-III-R et DSM-IV-TR ont suscité des valeurs de Kappa élevées sur les troubles évalués (Déry *et al.*, 2004).

Les enfants présentant des troubles du comportement ont passé le Dominique interactif (Valla, Bergeron, St-Georges et Berthiaume, 2000), un instrument basé sur les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000). Cet instrument consiste en un questionnaire en images présenté à l'enfant sur un support informatisé. Les images séquentielles représentent diverses situations vécues par un personnage central, Dominique, illustrant la diversité des symptômes des troubles mesurés dans l'instrument, dont les symptômes dépressifs et anxieux. À chaque image, l'enfant doit indiquer si, oui ou non, il agit comme Dominique. Le seuil diagnostique qui a été retenu pour la présente étude est le plus sensible proposé dans l'instrument.

Un trouble intériorisé a été reconnu chez l'enfant lorsque ce dernier ou son parent rapportait tous les symptômes nécessaires à l'établissement d'un diagnostic d'anxiété généralisée ou de dépression. De même, un trouble extériorisé a été reconnu chez l'enfant lorsque son parent ou son enseignant rapportait tous les symptômes nécessaires à l'établissement d'un diagnostic de trouble de l'opposition avec provocation ou d'un trouble des conduites.

### 2.2.2 Caractéristiques démographiques

**Statut socioéconomique.** Les informations sur le statut socioéconomique ont été recueillies auprès du parent à l'aide d'un questionnaire mis au point pour l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ, Valla, Breton, Bergeron, Gaudet, Berthiaume, Saint-Georges, Daveluy, Tremblay, Lambert, Houde et Lépine, 1994) et porte sur le revenu familial annuel, la scolarité et le statut d'emploi des parents. Ces informations sont utilisées pour calculer un indice de statut socioéconomique en huit points (Toupin, 1993). Un indice élevé représente un niveau socioéconomique faible.

**Instabilité de la structure familiale.** Adaptée de l'EQSMJ, l'information sur la structure actuelle de la famille – intacte, recomposée ou monoparentale – ainsi que le nombre de fois que cette structure s'est modifiée depuis la naissance de l'enfant sont des données colligées auprès du parent principal, c'est-à-dire du parent qui s'occupe le plus des soins et de l'éducation de l'enfant. Ce nombre de recompositions familiales est utilisé comme indice d'instabilité de la structure familiale.

### 2.2.3 Caractéristiques parentales

**Problèmes de santé mentale.** Les problèmes de santé mentale du parent principal ont été évalués à l'aide de la version française du *Composite International Diagnostic Interview Simplified* (Fournier, Lesage, Toupin et Cyr, 1997). C'est un protocole d'entrevue diagnostique comprenant près de 120 questions de type oui-non, utilisé par un interviewer auprès du parent. Il a permis d'établir, d'après les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000), le nombre de symptômes d'anxiété généralisée et de dépression présentés par le parent ainsi que le nombre de symptômes reliés à l'abus d'alcool ou de drogues et à la dépendance à l'un ou l'autre de ces psychotropes. Les propriétés psychométriques de l'instrument sont jugées adéquates par Fournier *et al.* (1997).



**Démêlés avec la justice.** Une question de type oui-non a été ajoutée au protocole d'entrevue du parent afin de déterminer si les parents ont eu des démêlés avec la justice au cours de la dernière année.

### 2.2.4 Caractéristiques de la relation parent-enfant

**Pratiques éducatives parentales.** La version française de l'*Alabama Parenting Questionnaire* (Frick, 1991) a été passée au parent principal pour connaître ses pratiques éducatives avec l'enfant. Le questionnaire comporte 42 items avec échelle de type Likert. Il permet d'établir des scores dans différentes dimensions des pratiques éducatives, soit l'engagement parental, les pratiques positives, le manque de supervision, l'inconstance dans les pratiques disciplinaires et les punitions corporelles. Shelton, Frick et Wooton (1996) rapportent des propriétés métrologiques adéquates pour ce questionnaire.

**Attitudes du parent face à l'enfant.** L'échelle d'attitudes du parent à l'égard de l'enfant (Hudson, 1982) a été administrée au parent principal afin d'évaluer les problèmes rencontrés dans sa relation avec l'enfant. L'instrument comporte 25 énoncés évalués sur une échelle en cinq points (rarement, parfois, quelquefois, la plupart du temps, toujours). L'échelle permet de détecter une attitude parentale négative par un score élevé. Les propriétés métrologiques rapportées par Hudson (*Ibid.*) sont très bonnes.

## 2.3 Déroulement de l'étude

La passation des questionnaires s'est déroulée au cours du dernier trimestre scolaire, de manière à ce que les enseignants aient été en contact avec les élèves sur une période d'au moins six mois. Ce temps est le minimum requis pour pouvoir agir comme informateur sur les différents symptômes de troubles intériorisés et extériorisés éventuellement présentés par les élèves. Les enfants ainsi qu'un de leur parent – celui qui s'occupe le plus des soins et de l'éducation de l'enfant – ont été rencontrés séparément à domicile par des assistants de recherche. Les parents ont préalablement signé un formulaire de consentement les informant des objectifs de l'étude et des risques et bienfaits qui y étaient associés. À la fin des entrevues, les parents et les enfants recevaient une compensation monétaire symbolique pour le temps consacré à l'étude. Par ailleurs, les enseignants ont répondu au questionnaire sur les difficultés des élèves au cours d'un entretien téléphonique avec un assistant de recherche. Ils ont également reçu une compensation monétaire pour le temps consacré à l'étude.

## 3. Résultats

### 3.1 Analyses des données

Pour vérifier le lien entre l'appartenance au groupe (intériorisé, extériorisé, concomitant, témoin) et les catégories de caractéristiques familiales (démographiques, parentales, relationnelles), des analyses de variance multivariées (MANOVAs) ont été effectuées. Les analyses multivariées ont été préférées aux analyses unidimensionnelles car elles permettent de tenir compte des corrélations entre les variables dépendantes. Après examen du modèle des corrélations entre ces différentes

variables, nous avons choisi de réaliser deux MANOVAs, l'une regroupant les caractéristiques démographiques et parentales, l'autre uniquement sur les caractéristiques relationnelles. Ces opérations étaient suivies d'analyses de variance unidimensionnelles lorsque la MANOVA s'avérait significative, puis d'analyses de contraste simple permettant de comparer le groupe « concomitant » aux trois autres groupes (intériorisé, extériorisé, témoin) sur chacune des variables dépendantes incluses dans le modèle d'analyse.

Préalablement à la réalisation des MANOVAs, nous avons vérifié si les quatre groupes d'élèves se distinguaient entre eux sur l'âge moyen et le sexe. Les analyses ont révélé qu'il n'y avait aucune différence significative en ce qui a trait au sexe des élèves,  $\chi^2(3, N = 309) = 6,73, n.s.$  Cependant, une différence significative a été observée au niveau de l'âge,  $F(3, 305) = 4,42, p < 0,05$ . Les analyses *posthoc* ont montré que les élèves du groupe « concomitant » étaient significativement plus âgés que ceux du groupe témoin. Nous avons alors examiné le lien entre l'âge et chacune des caractéristiques familiales mesurées afin de déterminer si l'âge des élèves devait être contrôlé statistiquement dans les MANOVAs. L'analyse de corrélation (*Pearson*) n'a pas indiqué de lien significatif entre l'âge et les caractéristiques démographiques ou parentales. Par contre, l'âge est significativement associé à la plupart des caractéristiques relationnelles ( $r > 0,11, p < 0,05$ ). L'âge des élèves a donc été introduit comme covariable dans l'analyse des caractéristiques relationnelles.

### 3.2 Caractéristiques démographiques et caractéristiques parentales

La MANOVA impliquant les cinq variables démographiques et parentales révèle un effet multivarié significatif de l'appartenance au groupe sur ces caractéristiques familiales, *Pillai's Trace* = 0,12,  $F(15,894) = 2,40, p < 0,01$ . Les résultats des analyses de variance unidimensionnelles *post hoc* (voir le tableau 1) montrent que cet effet se fait particulièrement sentir sur trois des cinq caractéristiques introduites dans le modèle d'analyse, soit l'instabilité de la structure familiale, les démêlés avec la justice ainsi que le nombre de symptômes liés à l'abus/dépendance d'alcool et de drogues.

Pour ce qui est des deux premières caractéristiques, les analyses de contrastes indiquent que le groupe « concomitant » se distingue uniquement du groupe témoin par davantage d'instabilité et plus de démêlés avec la justice dans la famille. Également, les parents des enfants du groupe « concomitant » ont un nombre de symptômes liés à l'abus/dépendance de psychotropes plus élevé que ceux des enfants du groupe témoin et ceux des enfants du groupe « intériorisé ».

**Tableau 1**  
**Scores moyens (écarts types) obtenus aux mesures des caractéristiques démographiques et parentales pour chaque groupe d'élèves**

Caractéristiques démographiques et parentales		Groupes					
		1. Groupe témoin (n=113)	2. Troubles intériorisés (n=31)	3. Troubles extériorisés (n=94)	4. Troubles concomitants (n=71)	F (dl=3)	Contrastes (4 vs 1, 2, 3)
Statut socioéconomique	M	5,14	5,26	5,29	5,49	1,12	
	(é.t.)	(1,38)	(1,29)	(1,08)	(1,11)		
Instabilité familiale	M	0,19	0,45	0,48	0,62	14,58**	4 > 1
	(é.t.)	(0,49)	(1,12)	(0,94)	(1,14)		
Symptômes dépression/ anxiété	M	5,68	6,00	6,48	6,99	0,58	
	(é.t.)	(4,76)	(5,15)	(4,71)	(5,15)		
Symptômes abus/dépendance	M	1,11	0,55	1,88	2,37	7,92*	4 > 1, 2
	(é.t.)	(2,87)	(1,43)	(3,64)	(4,22)		
Démêlés avec la justice	M	0,01	0,03	0,15	0,13	30,04**	4 > 1
	(é.t.)	(0,09)	(0,18)	(0,36)	(0,34)		

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

### 3.3 Caractéristiques de la relation parent-enfant

L'analyse de covariance multivariée (MANCOVA) indique d'abord un effet significatif de la covariable âge,  $Pillai's Trace = 0,15$ ,  $F(6, 298) = 8,41$ ,  $p < 0,001$ . Le modèle d'analyse demeure significatif lorsque l'âge est contrôlé et révèle un effet multivarié de l'appartenance au groupe sur les caractéristiques relationnelles,  $Pillai's Trace = 0,31$ ,  $F(18,900) = 5,73$ ,  $p < 0,001$ . Les analyses de variance unidimensionnelles montrent un effet significatif sur quatre des six caractéristiques de la relation parent-enfant (voir le tableau 2), soit l'engagement parental, l'inconstance de la discipline, l'utilisation de punitions corporelles et l'attitude négative à l'égard de l'enfant.

Les analyses de contraste mettent en évidence que les élèves qui ont les troubles concomitants se distinguent significativement du groupe témoin sur ces quatre variables : leurs parents montrent un niveau moindre d'engagement, leurs pratiques disciplinaires sont moins constantes et se caractérisent davantage par le recours aux punitions corporelles et leur attitude à l'égard de l'enfant est plus négative. Les parents des élèves du groupe concomitant ont aussi des attitudes plus négatives envers leur enfant que ceux des élèves du groupe intériorisé.

**Tableau 2**  
**Scores moyens ajustés (erreurs types) obtenus aux mesures des caractéristiques relationnelles pour chaque groupe d'élèves**

Caractéristiques relationnelles		Groupes					
		1. Groupe témoin (n=113)	2. Troubles intériorisés (n=31)	3. Troubles extériorisés (n=94)	4. Troubles concomitants (n=71)	F (dl=3)	Contrastes (4 vs 1, 2, 3)
Engagement parental	M	4,00	3,83	3,71	3,74	7,50**	4 < 1
	(erreur type)	(0,05)	(0,09)	(0,05)	(0,06)		
Pratiques positives	M	4,31	4,25	4,21	4,34	1,48	
	(erreur type)	(0,04)	(0,08)	(0,05)	(0,05)		
Manque supervision	M	1,37	1,46	1,50	1,45	2,35	
	(erreur type)	(0,04)	(0,07)	(0,04)	(0,04)		
Discipline inconstante	M	2,40	2,65	2,79	2,77	8,42**	4 > 1
	(erreur type)	(0,06)	(0,11)	(0,06)	(0,07)		
Punitions corporelles	M	1,34	1,55	1,57	1,58	4,95*	4 > 1
	(erreur type)	(0,05)	(0,09)	(0,05)	(0,06)		
Attitude négative	M	9,28	14,69	23,77	21,92	36,31**	4 > 1, 2
	(erreur type)	(1,02)	(1,93)	(1,11)	(1,28)		

a L'âge des enfants (en année) a été utilisé comme covariable dans les analyses.

\*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,001$ .

## 4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'identifier des caractéristiques familiales qui distinguent les élèves qui ont des troubles extériorisés et intériorisés concomitants de ceux qui ne présentent que l'un ou l'autre de ces types de troubles. Par rapport aux autres études ayant déjà porté sur cette question, cette étude se démarquait par le recours à quatre groupes de comparaison (dont un groupe témoin), par l'utilisation de seuils diagnostiques reconnus pour établir la présence des troubles extériorisés et intériorisés (ceux de l'APA, 2000) et par le fait qu'elle examinait les caractéristiques familiales associées à ces troubles à l'âge scolaire primaire et non pas à l'adolescence.

Les analyses réalisées montrent un effet multivarié de l'appartenance au groupe sur les trois catégories de variables familiales à l'étude (démographiques, parentales, relationnelles). Cependant, cet effet est surtout attribuable aux différences qui existent entre les élèves qui ont des troubles concomitants et les élèves du groupe témoin. Ces différences qui s'observent sur à peu près toutes les variables mesurées montrent que les élèves qui présentent les deux types de troubles sont exposés à des conditions familiales plus difficiles que les élèves qui n'ont pas de troubles du comportement, incluant plus d'instabilité familiale, de consommation de psychotropes et de conduites antisociales des parents, de pratiques éducatives inadéquates et d'attitudes parentales négatives à l'égard de l'enfant.

Les élèves du groupe concomitant ne se distinguent des élèves qui ont un trouble intériorisé que par quelques caractéristiques parentales ou relationnelles plus problématiques. Leurs parents manifestent davantage de symptômes d'abus ou de dépendance aux psychotropes et ont une attitude plus négative à l'égard de leur enfant. Aucune différence n'a été constatée entre ces groupes sur les caractéristiques démographiques. Enfin, les analyses ne révèlent aucune différence significative entre les élèves qui ont les deux types de troubles et ceux qui présentent des troubles extériorisés, montrant par le fait même que les conditions familiales de ces deux groupes sont assez similaires.

Les résultats de notre étude rejoignent ceux de Meller et Borchardt (1996) et de Talbot et Fleming (2003) au plan des caractéristiques démographiques. Ces auteurs ont rapporté que les enfants qui avaient des troubles concomitants étaient comparables à ceux qui n'ont qu'un trouble intériorisé ou extériorisé pour ce qui est du statut socioéconomique. Fortin *et al.* (2000) ainsi que Talbot et Fleming (2003) observent aussi des résultats assez similaires entre ces groupes pour ce qui est des caractéristiques de la relation parent-enfant. Cependant, tout comme dans les études de Capaldi (1991), Dadds *et al.* (1992), Kim *et al.* (2003), Marmorstein et Iacono (2004) et Sanders *et al.* (1992), nos résultats suggèrent que lorsqu'il y a des différences entre les groupes, celles-ci sont surtout à l'effet que les caractéristiques familiales du groupe «concomitant» sont plus problématiques que celles du groupe n'ayant que des troubles intériorisés. Dans la plupart de ces études, cependant, le groupe concomitant et le groupe aux problèmes extériorisés présentent des caractéristiques démographiques, parentales et de la relation parent-enfant assez similaires.

Le nombre relativement peu élevé de différences observées dans la présente étude entre le groupe concomitant et le groupe intériorisé peut possiblement s'expliquer par un manque de puissance statistique. Sur ce plan, les tableaux 1 et 2 illustrent un certain modèle de résultats à l'effet que les élèves qui ont des troubles intériorisés vivent dans un environnement familial moins problématique que les élèves qui ont les deux types de troubles. Ceci est particulièrement observable sur les caractéristiques démographiques et parentales. Le nombre d'enfants ayant uniquement un trouble intériorisé dans l'étude ( $N = 31$ ) peut être insuffisant pour que ces différences soient statistiquement significatives. En outre, la présence de troubles intériorisés chez ces enfants a été établie avec le seuil clinique le plus sensible au Dominique interactif au lieu du seuil le plus sévère. Il est donc possible que les enfants détectés avec ce seuil ne forment pas un groupe suffisamment contrasté par rapport aux autres groupes diagnostiques. Nous avons donc recréé les groupes en utilisant, cette fois, le seuil clinique le plus sévère au Dominique interactif, une opération qui réduit toutefois considérablement le nombre d'enfants ayant uniquement un trouble intériorisé ( $N = 17$ ). En dépit de ce faible nombre, les analyses refaites avec ce nouveau groupe confirment non seulement les deux différences observées initialement entre le groupe «concomitant» et le groupe «intériorisé» mais révèlent, en plus, une troisième différence significative : les élèves du groupe concomitant sont exposés à plus d'inconstance dans les pratiques disciplinaires des parents que les élèves qui ont un trouble intériorisé ( $N = 17$ ). Ces différentes observations liées à la puissance statistique et au seuil clinique utilisé dans l'étude soutiennent l'idée que les élèves qui présentent des troubles concomitants ont des caractéristiques familiales plus problématiques que ceux qui ont uniquement un trouble intériorisé.

Le peu de différences observées entre les groupes d'élèves présentant des troubles du comportement pourrait aussi s'expliquer par la provenance de notre échantillon. Il s'agit d'un échantillon clinique, c'est-à-dire sous intervention, tandis que dans plusieurs des études recensées, les échantillons sont tirés de la population générale. Or, plusieurs indications concourent à établir que,

chez les enfants qui ont des troubles du comportement, ceux qui reçoivent des services éducatifs et sociaux sont susceptibles de présenter des troubles plus sévères qui entraînent des difficultés dans plusieurs domaines de fonctionnement (Valla *et al.*, 1994). Dans la mesure où la sévérité de ces difficultés s'étend à la sphère familiale, il est possible que les familles de ces élèves partagent plus de caractéristiques qu'elles ne se différencient, et ce, peu importe la nature intériorisée ou extériorisée des troubles présentés par les enfants.

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction de cet article, reconnaître la cooccurrence de ces deux types de problèmes chez les élèves est important dans la mesure où les facteurs associés à la cooccurrence de deux troubles distincts peuvent s'avérer plus nombreux ou plus problématiques que ceux reliés à la présence de l'un ou l'autre de ces troubles (Angold *et al.*, 1999; Waschbusch, 2002). Des différences entre ces facteurs seraient indicatrices d'interventions multidimensionnelles ou plus intenses auprès des élèves qui présentent cette cooccurrence de difficultés (Waschbusch, *Ibid.*). Sur ce plan, nos résultats mettent bien en évidence les différences importantes qui existent dans les milieux familiaux des enfants qui ont des troubles concomitants et des enfants du groupe témoin, ce qui illustre la pertinence d'introduire un volet d'intervention auprès de la famille dans les programmes implantés à l'école primaire pour intervenir auprès des élèves qui ont des troubles du comportement (Verlaan *et al.*, 2006). Nos résultats ne montrent pas de différence significative dans les caractéristiques familiales des enfants qui ont des troubles concomitants ou des troubles extériorisés uniquement, ce qui suggère que les interventions familiales définies pour ces deux groupes d'élèves pourraient être similaires. Enfin, le modèle de résultats obtenu dans l'étude suggère que comparativement aux enfants qui ont des troubles concomitants, ceux qui n'ont que des troubles intériorisés vivent dans des familles disposant d'un peu plus de ressources parentales et relationnelles. Ces ressources peuvent constituer des atouts lorsque les parents sont appelés à collaborer avec les intervenants scolaires dans l'application des plans d'intervention établis pour les élèves, cette collaboration étant particulièrement importante pour le succès des interventions (Paquin et Drolet, 2006).

## 5. Limites et conclusion

Certaines limites de l'étude nuancent la portée des résultats et se doivent d'être soulignées. Outre le nombre relativement faible d'élèves ayant un trouble intériorisé – ce qui a pu limiter la puissance statistique nécessaire à la détection de différences entre les groupes –, les variables familiales pertinentes à l'observation de ces différences n'ont peut-être pas toutes été mesurées. C'est notamment le cas du manque de cohésion familiale, une variable pouvant caractériser davantage les familles d'élèves qui présentent des troubles intériorisés (Marcotte *et al.*, 2005). La représentativité de l'échantillon constitue également une limite, celle-ci étant incertaine puisque nous ne disposons d'aucune donnée sur les difficultés comportementales des non-participants. Il demeure possible que les familles qui n'ont pas voulu participer à l'étude présentent des caractéristiques plus problématiques que les familles non participantes (Cotter, Burke, Loeber et Mutchka, 2005), ce qui nuirait aussi à la détection de différences entre les groupes.

C'est donc dans le cadre de ces limites que l'étude montre que les caractéristiques familiales des élèves ayant à la fois des troubles extériorisés et intériorisés sont similaires à celles des élèves qui ont uniquement des troubles extériorisés. Si ces résultats ne militent pas en faveur d'une intervention familiale différenciée auprès de ces deux groupes d'élèves, il demeurerait important que les

études ultérieures vérifient si les élèves qui ont les troubles concomitants reçoivent des interventions pour leurs troubles intériorisés. Le suivi longitudinal de ces groupes serait également nécessaire pour vérifier si les élèves évoluent différemment au plan de l'adaptation scolaire et sociale, afin d'ajuster, le cas échéant, les programmes d'intervention à la concomitance des troubles.

## Références bibliographiques

- Aguilar, B., Sroufe, L.A., Egeland, B. et Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12(2), 109-132.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III)* (3<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association (1<sup>re</sup> éd. 1952).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV-TR)* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association (1<sup>re</sup> éd. 1952).
- Angold, A., Costello, E.J. et Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L. et Lépine, S. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R Mental Health Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C. et St-Georges, M. (1998). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25) in Quebec. Reliability findings in light of the MECA Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 1167-1174.
- Capaldi, D. (1991). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys. Part I. Familial factors and general adjustment at grade 6. *Development and Psychopathology*, 3(3), 277-300.
- Conger, R.D., Wallace, L.E., Sun, Y., Simons, R.L., McLoyd, V. et Brody, G.H. (2002). Economic pressure in African American families: A replication and extension of the family stress model. *Developmental Psychology*, 38(2), 179-193.
- Cotter, R.B., Burke, J.D., Loeber, R. et Mutchka, J. (2005). Predictors of contact difficulty and refusal in a longitudinal study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 126-137.
- Dadds, M.R. et Roth, J.H. (2001). Family processes in the development of anxiety. In M.W. Vasey et M.R. Dadds (dir.), *The developmental psychopathology of anxiety* (p. 278-303). New York, NY: Oxford University Press.
- Dadds, M.R., Sanders, M., Morrison, M. et Rebgetz, M. (1992). Childhood depression and conduct disorder. Part II. An analysis of family interaction patterns in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 505-513.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 769-775.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2008). *Difficultés de comportement, adaptation scolaire et parcours dans les services*. Rapport de recherche. Programme de recherche sur la persévérance et la réussite scolaires, Actions concertées du FQRSC en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Québec: FQRSC. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.fqrsq.gov.qc.ca/recherche/pdf/RF-MDery.pdf>>.
- Desbiens, N., Pascal, S., Bowen, F. et Janosz, M. (2006). *Réussite scolaire et sociale des élèves présentant des difficultés de comportement au primaire: rapport d'évaluation des impacts « volet parent » du programme multimodal L'Allié*. Rapport de recherche. Programme de recherche sur la persévérance et la réussite scolaires, Actions concertées du FQRSC en partenariat avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Québec: FQRSC. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.fqrsq.gov.qc.ca/recherche/pdf/RF-NDesbiens.pdf>>.
- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, É. et Potvin, P. (2000). Les facteurs discriminants sur les plans personnel, familial et scolaire entre les troubles de comportement intériorisés, extériorisés et concomitants chez des élèves de première secondaire. *Revue des sciences de l'éducation*, XXVI(1), 197-218.
- Fournier, L., Lesage, A.D., Toupin, J. et Cyr, M. (1997). Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: A Montreal catchment area study. *Canadian Journal Psychiatry*, 42(7), 737-743.

- Frick, P.J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Instrument inédit. Tuscaloosa, AL : Université d'Alabama.
- Ge, X., Best, K., Conger, R. et Simons, R. (1996). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. *Developmental Psychology*, 32(4), 717-731.
- Gouvernement du Québec (2003). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité de services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Gouvernement du Québec (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA)*. Québec : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.
- Hudson, W.W. (1982). *The clinical measurement package : A field manual*. Homewood, IL : Dorsey Press.
- Jensen, P., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H., Dulcan, M. et Schwab-Stone, M.E. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: Are both informants always necessary? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1569-1579.
- Kershaw, P. et Sonuga-Barke, E. (1998). Emotional and behavioral difficulties : Is this a useful category? The implications of clustering and co-morbidity, the relevance of a taxonomic approach. *Educational and Child Psychology*, 15, 45-55.
- Kim, I., Ge, X., Brody, G., Conger, R., Gibbons, F. et Simons, R. (2003). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of depressive symptoms and conduct problems among African American children. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 571-583.
- Lahey, B.B. et Waldman, I.D. (2003). A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt et A. Caspi (dir.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 76-117). New York, NY : Guilford Press.
- Leventhal, T. et Brooks-Gun, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescence outcomes. *Psychological Bulletin*, 126(2), 309-337.
- Marcotte, D., Cournoyer, M., Gagné, M.-È. et Bélanger, M. (2005). Comparaison des facteurs personnels, scolaires et familiaux associés aux troubles intériorisés à la fin du primaire et au début du secondaire. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 8(2), 57-67.
- Marmorstein, N. et Iacono, W. (2004). Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent – child conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 377-386.
- Mattison, R.E., Gadow, K.D., Sprafkin, J. et Nolan, E.E. (2002). Discriminant validity of a DSM-IV-based teacher checklist: Comparison of regular and special education students. *Behavioral Disorders*, 27(4), 304-316.
- McGee, R. et Williams, S. (1999). Environmental risk factors in oppositional-defiant disorder and conduct disorder. In H.C. Quay et A.E. Hogan (dir.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (p. 419-440). New York, NY : Plenum Publishers.
- Meller, W. et Borchardt, C. (1996). Comorbidity of major depression and conduct disorder. *Journal of Affective Disorders*, 39(2), 123-126.
- Moffitt, T.E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10 year research review and a research agenda. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt et A. Caspi (dir.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 49-75). New York, NY : Guilford Press.
- Moffitt, T.E. et Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13(2), 355-375.
- Nelson, J.R., Babyak, A., Gonzalez, J. et Benner, G.J. (2003). An investigation of problem behaviors exhibited by K-12 students with emotional or behavioral disorders in public school settings. *Behavioral Disorders*, 28(4), 348-359.
- Paquin, M. et Drolet, M. (2006). *La violence au préscolaire et au primaire. Les défis et les enjeux de la collaboration entre l'école et les parents*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Place, M., Wilson, J., Martin, E. et Hulsmeier, L. (2000). The frequency of emotional and behavioral disturbance in an EBD school. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5(2), 76-80.
- Poulin, F., Capuano, F., Vitaro, F. et Verlaan, P. (2006). La prévention des problèmes de comportement chez les filles en début de scolarisation. In P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux intervenir* (p. 235-256). Québec : Presses de l'Université du Québec.



- Sanders, M., Dadds, M., Johnston, B. et Cash, R. (1992). Childhood depression and conduct disorder: I. behavioral, affective and cognitive aspects of family problem-solving interactions. *Journal Abnormal Psychology*, 101(1), 495-504.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Conners, C.K. et Regier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, Field Testing, Interrater Reliability, and Acceptability. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 3(3), 643-650.
- Shelton, K.K., Frick, P.J. et Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-329.
- Snyder, J., Reid, J. et Patterson, G. (2003). A social learning model of child and adolescent antisocial behaviour. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt et A. Caspi (dir.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 27-48). New York, NY : Guilford Press.
- Talbot, E. et Fleming, J. (2003). The role of social contexts and special education in the mental health problems of urban adolescents. *The Journal of Special Education*, 37(2), 111-123.
- Toupin, J. (1993). *Échelle de statut socioéconomique*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Valla, J.P., Bergeron, L., St-Georges, M. et Berthiaume, C. (2000). Le Dominique interactif: Présentation, cadre conceptuel, propriétés psychométriques, limites et utilisations. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 29(2), 327-347.
- Valla, J.P., Breton, J.J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L. et Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans*. Rapport synthèse. Montréal : Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé Québec.
- Verlaan, P., Déry, M., Beaugard, L.-A., Charbonneau, M.-N. et Pauzé, R. (2006). Les programmes d'intervention efficaces pour les difficultés de comportement chez les filles d'âge scolaire primaire. In P. Verlaan et M. Déry (dir.), *Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux intervenir* (p. 281-319). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Waschbusch, D.A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128(1), 118-150.
- Wasserman, G.A. et Seracini, A.M. (2001). Family risk factors and interventions. In R. Loeber et D.P. Farrington (dir.), *Child delinquents : Development, intervention and services needs* (p. 165-189). Thousand Oaks, CA : Sage.