

Consommation de substances psychoactives, troubles du comportement et sentiments dépressifs à l'adolescence

Frank Vitaro, Muriel Rorive, Mark Zoccolillo, Elisa Romano et Richard E. Tremblay

Volume 26, numéro 2, automne 2001

Les doubles diagnostics

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014528ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014528ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Vitaro, F., Rorive, M., Zoccolillo, M., Romano, E. & Tremblay, R. E. (2001). Consommation de substances psychoactives, troubles du comportement et sentiments dépressifs à l'adolescence. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 106-131. <https://doi.org/10.7202/014528ar>

Résumé de l'article

Cet article examine la cooccurrence de trois types de problèmes d'adaptation à l'adolescence : la consommation problématique de psychotropes, les troubles du comportement (trouble oppositionnel et trouble des conduites) et les sentiments dépressifs (dépression et dysthymie). Il examine aussi les caractéristiques comportementales et sociofamiliales qui, au cours de l'enfance, distinguent les jeunes avec plusieurs problèmes d'adaptation de ceux avec un seul problème ou aucun problème. Plus de 1600 jeunes de toutes les régions du Québec ont participé à l'étude. Ces jeunes étaient âgés en moyenne de 15,7 ans lorsqu'ils ont participé à une entrevue visant à déterminer la présence possible d'une consommation problématique de psychotropes, de problèmes de comportement et de sentiments dépressifs. Leurs caractéristiques comportementales et sociofamiliales avaient été évaluées au préalable (entre l'âge de 6 et 12 ans) à l'aide de questionnaires remplis par les parents et les enseignants. Les résultats révèlent que près de 10 % des jeunes éprouvent deux ou trois problèmes d'adaptation. Ces jeunes se distinguent de ceux avec un seul problème sur diverses dimensions personnelles et sociofamiliales au cours de l'enfance. Les jeunes avec un seul problème représentent un peu plus de 25 % de l'échantillon. À leur tour, ils se distinguent du groupe sans problème sur plusieurs variables. Le groupe des jeunes qui affichent seulement un problème de consommation de psychotropes fait toutefois exception. La discussion souligne l'importance de connaître s'il y a présence simultanée de plusieurs problèmes et propose d'intervenir préventivement auprès des jeunes qui risquent de présenter plusieurs problèmes.



Consommation de substances psychoactives, troubles du comportement et sentiments dépressifs à l'adolescence

Frank Vitaro*

Muriel Rorive**

Mark Zoccolillo***

Elisa Romano****

Richard E. Tremblay*****

Cet article examine la cooccurrence de trois types de problèmes d'adaptation à l'adolescence : la consommation problématique de psychotropes, les troubles du comportement (trouble oppositionnel et trouble des conduites) et les sentiments dépressifs (dépression et dysthymie). Il examine aussi les caractéristiques comportementales et sociofamiliales qui, au cours de l'enfance, distinguent les jeunes avec plusieurs problèmes d'adaptation de ceux avec un seul problème ou aucun problème. Plus de 1600 jeunes de toutes les régions du Québec ont participé à l'étude. Ces jeunes étaient âgés en moyenne de 15,7 ans lorsqu'ils ont participé à une entrevue visant à déterminer la présence possible d'une consommation problématique de psychotropes, de problèmes de comportement et de sentiments dépressifs. Leurs caractéristiques comportementales et sociofamiliales avaient été évaluées au préalable (entre l'âge de 6 et 12 ans) à l'aide de questionnaires remplis par les parents et les enseignants. Les résultats révèlent que près de 10 % des jeunes éprouvent deux ou trois problèmes d'adaptation. Ces jeunes se distinguent de ceux avec un seul problème sur diverses dimensions personnelles et sociofamiliales au cours de l'enfance. Les jeunes avec un seul problème représentent un peu plus de 25 % de l'échantillon. À leur tour, ils se distinguent du groupe sans problème sur plusieurs variables. Le groupe des jeunes qui affichent seulement un problème de consommation de psychotropes fait toutefois exception. La discussion souligne l'importance de connaître s'il y a présence simultanée de plusieurs problèmes et propose d'intervenir préventivement auprès des jeunes qui risquent de présenter plusieurs problèmes.

* professeur titulaire, Université de Montréal.

** assistante de recherche et analyste, Université de Montréal.

*** psychiatre clinicien, Montreal Children's Hospital.

**** stagiaire post-doctorale, Université de Montréal.

***** professeur titulaire, Université de Montréal.

Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et à une subvention du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS).

Pour plusieurs jeunes, l'adolescence demeure une période de bouleversements aux plans personnel et social. Divers problèmes font surface ou se complexifient. La consommation de substances psychotropes, les conduites antisociales et les sentiments dépressifs augmentent rapidement au début de l'adolescence et atteignent leur apogée autour de 15-17 ans (Elliott, 1994 ; Johnston et al., 1995 ; Nolen-Hoeksema et Gergus, 1994). En outre, la comorbidité entre les problèmes affectifs, les problèmes d'antisocialité et l'abus de psychotropes est élevée. Par exemple, Bird et al. (1988) rapportent que la majorité des adolescents avec des problèmes affectifs affichent aussi un trouble de la conduite ou un trouble d'opposition. Les résultats de Garnefski et Diekstra (1997) abondent dans le même sens : environ la moitié et le tiers, respectivement, des jeunes qui rapportent une consommation abusive de psychotropes manifestent aussi des problèmes d'antisocialité ou des problèmes émotionnels. En retour, un peu plus de la moitié de ceux qui affichent un problème émotionnel ou d'antisocialité rapportent aussi un usage abusif d'alcool et de drogues. Enfin, la majorité des adolescents avec des troubles d'opposition ou des conduites présentent aussi des problèmes affectifs. Ces résultats sont corroborés par ceux de Valla et al. (1994), en particulier lorsque le parent constitue la source d'information.

Peu d'études ont examiné de manière prospective les caractéristiques des jeunes aux prises avec un, deux ou trois types de problèmes. Ces caractéristiques peuvent être d'origine personnelle, familiale, sociale, scolaire ou socio-économique. Il existe toutefois quelques exceptions. Par exemple, Aseltine et al. (1998) se sont penchés sur les facteurs associés prédictivement à la présence simultanée d'une consommation abusive de psychotropes et de troubles dépressifs. Robins (1998) a fait de même en ce qui concerne la consommation de psychotropes et les problèmes d'antisocialité. Fergusson et Horwood (1996), quant à eux, ont examiné les facteurs communs à l'antisocialité et aux troubles dépressifs. Les variables prédictives examinées par ces auteurs sont toutefois limitées en nombre et en nature puisque leur objectif était souvent de montrer que la cooccurrence des problèmes d'adaptation à l'adolescence peut être expliquée par la présence de caractéristiques personnelles communes tels des problèmes de comportement à l'enfance. Par conséquent, plusieurs dimensions de la personnalité ainsi que des variables d'ordre social et familial ont été omises. Enfin, aucun chercheur n'a examiné les caractéristiques différentielles associées à la présence de plus de deux problèmes à la fois comme nous nous proposons de le faire dans la présente étude.

Les caractéristiques différentielles identifiées précocement dans le développement des jeunes correspondent à ce qu'il est convenu d'appeler

des facteurs de risque. Leur identification permettrait de mieux comprendre le cheminement menant à des problématiques multiples en comparaison avec des problématiques simples. Elle faciliterait aussi le dépistage précoce des jeunes à risque de problématiques multiples et elle favoriserait l'identification de facteurs de risque communs à plusieurs problématiques. Le ciblage prioritaire de ces facteurs de risque « génériques » dans les campagnes de prévention pourrait en maximiser les retombées puisque plusieurs problématiques à la fois pourraient être touchées (Coie et al., 1993 ; Vitaro et al., 1994). Enfin, l'identification de facteurs de risque génériques, en particulier d'ordre personnel, viendrait supporter la thèse de Jessor et Jessor (1977) et de Donovan et Jessor (1985) à l'effet que les problèmes de comportement à l'adolescence seraient des manifestations diversifiées des mêmes traits de personnalité sous-jacents.

Objectifs et questions de recherche

Cet article a pour objectif d'éclairer ces aspects en tentant de répondre aux questions suivantes : les jeunes aux prises avec une triple ou une double problématique se distinguent-ils de ceux aux prises avec un seul problème sur des variables d'ordre personnel ou sociofamilial recueillies au cours de l'enfance ? À leur tour, les jeunes aux prises avec un seul problème se distinguent-ils sur les variables de prédiction par rapport à ceux sans problème d'adaptation psychosociale ? D'autre part, y a-t-il des différences entre les garçons et les filles au niveau des caractéristiques différentielles précédentes ? Enfin, dans quelle mesure les variables sur lesquelles les groupes se distinguent à 6-7-8 ans sont-elles redondantes ou exercent-elles un effet additif pour prédire l'appartenance aux diverses catégories de problèmes d'adaptation ? Les caractéristiques personnelles se rapportent aux dimensions du comportement telles qu'évaluées par les enseignants et les parents alors que les enfants étaient âgés entre 6 et 12 ans. Les caractéristiques sociofamiliales font référence à la situation sociodémographique et à divers événements stressants qui ont pu survenir dans la vie de l'enfant entre l'âge de 6 et 12 ans. Elles font aussi référence aux attitudes et pratiques éducatives des parents évaluées à l'âge de 6 ans. Ces diverses variables de prédiction représentent des domaines de fonctionnement importants pour le développement de l'enfant : le domaine personnel, le domaine familial et le domaine socio-économique (Bronfenbrenner, 1986). Selon les modèles théoriques prévalants, les caractéristiques personnelles et familiales pourraient exercer un effet additif eu égard aux problèmes ultérieurs d'adaptation (Loeber et al., 1998). En raison de leur contribution potentielle, les variables d'ordre sociodémographique et socio-économique

(par exemple, adversité sociofamiliale et stressseurs) méritent également d'être considérées (Petot, 1999 ; Zoccolillo et Huard, 1999 ; Vitaro et al., 2000).

Trois problèmes d'adaptation ont été examinés dans cette étude : la consommation problématique de psychotropes (alcool ou drogue), les troubles du comportement (trouble d'opposition avec provocation ou trouble des conduites) et les troubles dépressifs (troubles de l'humeur ou trouble dysthymique). Pour chaque problématique, nous avons déterminé s'il y a présence ou absence selon des critères diagnostiques précis (définis plus loin). Le croisement des trois catégories de problèmes produit huit groupes : un groupe avec une triple problématique, trois avec une double problématique, trois avec une problématique simple et un groupe sans problème (du moins par rapport aux trois problématiques actuelles).

Méthodologie

Description de l'échantillon

Entre 1986 et 1987, nous avons constitué un échantillon représentatif des enfants fréquentant les classes de maternelle au Québec. Nous avons administré des questionnaires par la poste aux parents et aux enseignants de ces enfants. Nous avons reçu des réponses de la part des parents et des enseignants pour 4648 enfants. Afin de réduire les frais d'un suivi longitudinal, ce nombre a été réduit à 2863 répondants : 1000 garçons et 1000 filles choisis au hasard et 863 garçons et filles qui ont obtenu une cote de turbulence de la part de l'enseignant ou du parent, 1 écart-type au-dessus de la moyenne. L'ajout de ces 863 participants à risque compromet la représentativité de l'échantillon. En revanche, elle permet d'intensifier l'objet d'étude, soit la cooccurrence des divers problématiques et les liens avec les variables de prédiction.

Nous avons procédé à une relance des 2863 jeunes et de leurs parents à l'âge de 15 ou 16 ans (moyenne : 15.7, écart-type : .56). Cette relance a consisté en une entrevue en face-à-face et en une série de questionnaires auto-administrés. Mille six cent trente-six (1636) jeunes et parents ont participé à cette partie de l'étude. Les analyses du présent article portent sur ces 1636 participants. Les non-répondants se distinguent sur un certain nombre de variables recueillies à la maternelle par rapport aux répondants : en particulier, les familles des non-répondants obtiennent des cotes inférieures sur des indicateurs socio-économiques tel le revenu, le niveau d'éducation, et l'âge à la naissance du premier enfant. Les jeunes qui ne font pas partie de l'étude à 15-16 ans sont également jugés moins prosociaux, plus hyperactifs, plus inattentifs, plus

oppositionnels et plus agressifs par les enseignants de la maternelle que les répondants. On note également une différence au niveau de l'agressivité et de l'hyperactivité entre les répondants et les non-répondants selon les mères lorsque leur enfant avait 6 ans.

Instruments de mesure

Les informations relatives aux problèmes de comportement, aux troubles dépressifs et à la consommation de psychotropes ont été recueillies par entrevue et par questionnaire auprès des adolescents (à l'âge de 15-16 ans) et de leurs parents. Les données relatives aux caractéristiques personnelles et sociofamiliales proviennent de questionnaires administrés aux enseignants et aux parents à chaque année lorsque les jeunes étaient âgés entre 6 et 12 ans.

Instruments utilisés à l'âge de 15-16 ans auprès des jeunes et de leurs parents

a) *Problèmes de comportement et de sentiments dépressifs.* Les informations relatives aux problèmes de comportement et aux troubles dépressifs proviennent d'une version française du Diagnostic Interview for Children (DISC-2; Shaffer et al., 1991). Le DISC-2 fut élaboré sur le modèle du Diagnostic Interview Schedule (DIS) créé pour le NIMH par Robins et al. (1981). Il a été utilisé dans plusieurs enquêtes épidémiologiques avec une fidélité et une validité satisfaisantes (Fisher et al., 1993). La version française fut mise au point pour l'Enquête québécoise sur la santé mentale des enfants et adolescents de 6 à 14 ans (Breton, 1993). Le DISC-2 est une entrevue structurée qui évalue la présence des symptômes relatifs aux diagnostics de l'Axe I du DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) au cours des 6 mois qui précèdent l'entrevue. Il comprend aussi une mesure de l'adaptation psychosociale des sujets. L'entrevue est effectuée séparément avec la mère et avec le/la jeune par un interviewer entraîné. La fidélité test-retest moyenne (corrélation intraclasse) pour l'entrevue avec les parents est de .76 et de .71 pour l'entrevue avec des adolescents de 14 à 18 ans (Valla et al., 1994).

La catégorie des jeunes avec des problèmes de comportement est obtenue en combinant les jeunes qui, selon les critères du DSM-III-R (auxquels s'ajoute un élément d'altération significative du fonctionnement social ou scolaire), manifestent un trouble d'opposition avec provocation ou un trouble des conduites selon le point de vue¹ du jeune ou du parent : 136 jeunes (8.3 %) ont un diagnostic de trouble d'opposition ou de trouble des conduites. Malgré la distinction conceptuelle entre la catégorie diagnostique des troubles d'opposition et du trouble des con-

duites, nous avons préféré les réunir en une seule catégorie pour les fins de la présente étude. Ceci a permis de minimiser le nombre de catégories diagnostiques et d'éviter des effectifs trop restreints à l'intérieur de certaines d'entre elles. En outre, à l'adolescence le recouplement entre les deux types de problème est élevé (Vitaro et Gagnon, 1999). Le nombre et le pourcentage de garçons et de filles avec un trouble du comportement sont présentés au tableau 1.

La catégorie des troubles dépressifs réunit les jeunes qui, conformément aux critères du DSM-III-R (auxquels s'ajoute un élément d'handicap associé), ont obtenu un diagnostic de dépression majeure ou de dysthymie selon le point de vue du jeune ou du parent : 144 jeunes (8.8 %) affichent un diagnostic de dysthymie ou de dépression majeure.

b) *Consommateurs de psychotropes.* Les questions relatives à la consommation de substances psychoactives sont inspirées du Michigan Alcoholism Screening Test et du Drug Screening Test conçus pour les adultes (Knowles et Schroeder, 1990; Selzer, 1971). Dans un questionnaire auto-administré qui fait suite au DISC, chaque jeune répond d'abord à des questions se rapportant aux substances consommées en terme de fréquence et de quantité, puis ensuite aux conséquences possibles d'une telle consommation.

Les critères utilisés pour déterminer une consommation problématique de psychotropes sont inspirés de ceux utilisés par Zoccolillo, Vitaro et Tremblay (1999) à un détail près : contrairement à Zoccolillo et al. (1999) qui utilisaient seulement une mesure de fréquence, nous avons combiné une mesure de fréquence avec une mesure de problèmes associés à la consommation. Pour l'alcool, les jeunes reconnus comme consommateurs devaient d'abord indiquer qu'ils en avaient consommé au moins 5 fois au cours de leur vie et que leur consommation avait été régulière au cours des six derniers mois. En outre, ils devaient rapporter au moins deux conséquences négatives associées à leur consommation d'alcool parmi les possibilités suivantes : s'est déjà fait critiquer pour sa consommation d'alcool (c.a.) ; a déjà pensé diminuer sa c.a. ; a déjà tenté de diminuer sa c.a. ; s'est déjà senti coupable à cause de sa c.a. ; a déjà demandé de l'aide pour diminuer sa c.a. ; s'est déjà disputé avec ses parents à cause de sa c.a. ; s'est déjà présenté à l'école en état d'ébriété ; s'est déjà disputé avec ses amis à cause de sa c.a. ; a déjà eu des problèmes avec la police à cause de sa c.a. ; a déjà consommé de l'alcool l'avant-midi.

Les jeunes considérés comme consommateurs de drogue (surtout de la marijuana) devaient répondre à des critères semblables à ceux pour l'alcool : en avoir consommé au moins 5 fois au cours de leur vie, en avoir consommé régulièrement au cours des 6 derniers mois et avoir

vécu deux événements négatifs (les mêmes que pour l'alcool) en relation avec leur consommation de drogue.

Les consommateurs d'alcool ou de drogue représentent 29 % de l'échantillon. Moins du quart des consommateurs rapportent une consommation problématique des deux substances (6.4 %). La plupart présentent un problème de drogue seulement (16.1 %) ou un problème d'alcool seulement (6.5 %). Pour le présent article, nous n'avons pas distingué les consommateurs d'alcool, les consommateurs de drogue et les polyconsommateurs afin d'éviter de multiplier les catégories de consommateur.

Instruments utilisés entre l'âge de 6 ans et l'âge de 12 ans auprès des enseignants et des parents :

a) *Évaluation du comportement par les enseignants et les parents.* Le Questionnaire d'Évaluation des Comportements Sociaux (QECS ; Tremblay et al., (1991) fut rempli chaque année depuis l'âge de 6 ans jusqu'à l'âge de 12 ans par les enseignants et les mères pour évaluer les dimensions du comportement des enfants. Il s'agit de la fusion du Preschool Behavior Questionnaire (Behar et Stringfield, 1974) et du Prosocial Behaviour Questionnaire de Weir et Duveen (1981). Nous avons fait de nombreuses études psychométriques de ce questionnaire (Gagnon et al. 1992 ; Tremblay et al., 1987) et nous avons montré sa valeur prédictive des difficultés d'adaptation à la fin des années d'école primaire (Pulkkinen et Tremblay, 1992 ; Tremblay et al., 1994 ; Zoccolillo et al., 1999). Le QECS contient une échelle d'antisocialité qui comprend des items d'agressivité et d'opposition (11 items) ($\alpha = .93$), une échelle d'anxiété-retrait social (5 items) ($\alpha = .76$), une échelle d'inattention-hyperactivité (6 items) ($\alpha = .82$) et une échelle de comportements prosociaux (10 items) ($\alpha = .92$). À partir de l'âge de 10 ans, le QECS comporte aussi une échelle d'impulsivité composée de 7 items. La corrélation entre les évaluations des enseignants et des mères varie entre .21 et .39 selon les années et selon les dimensions évaluées (Vitaro et al., 1991). Ces corrélations plutôt faibles permettent de croire que les évaluations des enseignants et des mères peuvent apporter des contributions non redondantes eu égard à l'explication des problématiques ultérieures (Achenbach et al., 1987). En revanche, la stabilité des cotes attribuées par les mères et, à un degré moindre, par les enseignantes d'une année à l'autre sont relativement élevées, soit autour de .45 pour les enseignants et de .65 pour les mères (Vitaro et al., 1991).

b) *Attitudes éducatives.* Les attitudes éducatives des parents lorsque les enfants avaient 6 ans ont été évaluées à l'aide d'une version française du Parental Child-Rearing Attitude Questionnaire de Falender

et Mehrabian (1980). Ce questionnaire composé de 43 items permet d'évaluer trois dimensions des pratiques et attitudes éducatives des parents : le plaisir-déplaisir d'être avec leur enfant, la relation dominance-soumission et l'autonomie-contrôle. Le/la répondant/e indique sur une échelle à 9 unités son degré d'accord ou de désaccord avec le libellé de chaque item. Les qualités psychométriques de l'instrument, en particulier la validité de discrimination, sont satisfaisantes (Falender et Mehrabian, 1980).

c) *Indice d'adversité sociofamiliale*. Les parents ont aussi fourni des informations sur des variables de nature sociodémographique : structure de la cellule familiale (biparentale, monoparentale, reconstituée, institution), le niveau d'éducation de chaque parent, l'emploi occupé par l'un et/ou l'autre parent et, enfin, l'âge de chaque parent à la naissance de leur premier enfant. À l'instar de Tremblay et al. (1991), ces informations ont servi au calcul d'un indice d'adversité sociofamiliale. Cet indice d'adversité sociofamiliale a été constitué en faisant la moyenne des poids 0 ou 1 accordés aux sept variables sociodémographiques précédentes (une cote de 1 est attribuée lorsque le répondant se situe en bas du 30e percentile par rapport à l'ensemble de l'échantillon sur chacune des variables précédentes, à l'exception de la structure de la cellule familiale pour laquelle une cote 1 est attribuée lorsque l'enfant ne vit pas avec ses deux parents biologiques). Pour les familles monoparentales, l'indice d'adversité sociofamiliale repose sur quatre éléments plutôt que sept : l'âge de la mère à la naissance du premier enfant, sa scolarité, son emploi et la structure de la cellule familiale.

d) *Stresseurs*. Enfin, les parents ont fourni la liste des stresseurs subis par la famille au cours de l'année précédente : déménagement, perte d'emploi, décès, naissance, maladie, séparation, divorce, etc. Le nombre de stresseurs peut varier de 0 à 12 à chaque année.

Résultats

Analyses descriptives

Le tableau 1 décrit le nombre d'adolescents et d'adolescentes aux prises avec une problématique simple, double ou triple.

L'examen du tableau 1 permet de constater que :

- a) Le tiers des jeunes de l'échantillon affichent au moins un des problèmes d'adaptation considérés dans cette étude.
- b) Les jeunes avec une triple problématique sont relativement peu nombreux, soit 1.6 % de l'échantillon total. À noter le plus grand nombre de filles que de garçons dans cette catégorie.

Tableau 1

Catégories de problèmes	Garçons	Filles	Total % ¹
Triple problématique			
Consom + Comport + Dépres	9	17	26 1.6 %
Double problématique			
Consom + Comport	42	18	60 3.7 %
Consom + Dépres	9	26	36 2.1 %
Comport + Dépres	5	7	12 0.7 %
Simple problématique			
Consom	187	167	354 21.6 %
Comport	22	16	38 2.3 %
Dépres	14	57	71 4.3 %
Aucun problème	509	531	1 040 63.6 %

1. Les pourcentages dans ce tableau se rapportent à un N total de 1 636

Consom : Consommation problématique d'alcool ou de drogue

Comport : Problème de comportement (trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites, avec altération cliniquement significative du fonctionnement social ou scolaire)

Dépres : Trouble dépressif (trouble dépressif majeur ou trouble dysthymique, avec altération cliniquement significative du fonctionnement social ou scolaire)

- c) Les jeunes qui ont un problème de comportement et un trouble dépressif sont également peu nombreux, soit 0.7 % de l'échantillon total. Toutefois, parmi les jeunes qui ont un problème de comportement (n = 136), 27.9 % ont aussi un trouble dépressif. Ce pourcentage grimpe à 41.4 % lorsqu'il s'agit des filles.
- d) Les jeunes aux prises avec seulement un problème de comportement ou un trouble dépressif sont relativement nombreux, soit 2.3 % et 4.3 %, respectivement.

- e) Les deux autres catégories de jeunes avec une double problématique sont aussi relativement nombreuses, soit 3.7 % pour ceux avec un problème de consommation de substances et un problème de comportement et 2.1 % pour ceux avec un problème de consommation de substances et un trouble dépressif. À noter aussi que 63.2 % des jeunes avec un problème de comportement sont aussi des consommateurs de psychotropes. En ce qui concerne les jeunes qui ont un problème de dépression, près de la moitié (42.4 %) sont aussi consommateurs. En revanche, environ le quart (25.5 %) des jeunes qui consomment des psychotropes ont un problème de dépression ou un problème de comportement. Le pourcentage de non consommateurs dans la même situation se situe à 10.4 %.
- f) La majorité des consommateurs de psychotropes qui éprouvent un second problème éprouvent un problème de comportement ou un problème de comportement combiné à un trouble dépressif. En revanche, la majorité des non-consommateurs qui éprouvent un problème, éprouvent seulement un trouble dépressif. Ceci est particulièrement vrai chez les filles.
- g) Les jeunes qui consomment des substances psychotropes sans éprouver d'autres problèmes sont très nombreux, soit 21.6 % de l'échantillon total.
- h) Les filles avec seulement un trouble dépressif ou un trouble dépressif et un problème de consommation sont beaucoup plus nombreuses que les garçons. En retour, les garçons avec un problème de consommation, un problème de comportement ou les deux à la fois sont sur-représentés par rapport aux filles.

Analyses comparatives

La prochaine série d'analyses consiste à comparer les huit catégories de jeunes afin de déterminer sur quelles variables elles se distinguent. Le sexe est pris en considération dans ces analyses qui, dans la majorité des cas, prennent la forme d'analyses multivariées de la variance à deux facteurs (Groupe à huit niveaux et Sexe à deux niveaux) suivies de comparaisons post-hoc à l'aide du test de Dunnett. Pour quelques variables dépendantes de nature catégorielle nous avons utilisé le chi-carré. À noter que pour les mesures qui se rapportent aux dimensions du comportement, à l'adversité sociofamiliale et aux stressseurs, nous avons calculé une moyenne des cotes recueillies à l'enfance (soit à 6, 7 et 8 ans) et une moyenne des cotes recueillies à la préadolescence

(c'est-à-dire à 10, 11 et 12 ans). Cette stratégie a pour but de simplifier les analyses et d'obtenir des cotes moyennes plus fiables.

a) *Première question* : *Les jeunes dans les huit catégories de problèmes d'adaptation se distinguent-ils au niveau de l'adversité sociofamiliale et du nombre de stressseurs auxquels ils sont exposés à l'enfance (6-7-8 ans) ou à la préadolescence (10-11-12 ans) ?* Pour ce qui est de l'adversité sociofamiliale, une analyse de la variance à deux facteurs (Groupe et Sexe) permet de répondre par la négative à cette question. Tel qu'illustré au tableau 2, les catégories de jeunes ne se distinguent pas au niveau de l'adversité sociofamiliale moyenne vécue à 6, 7 et 8 ans. Il n'y a pas non plus de différence entre les sexes.

Quant au nombre moyen de stressseurs à 6, 7, 8 ans, l'analyse de la variance à deux facteurs révèle une variation globale significative entre les huit catégories de jeunes, $F(7, 1547) = 2.56, p < .05$. Il n'y a toutefois pas de différence entre les sexes ni d'interaction entre les catégories de jeunes et le sexe. Tel qu'il est permis de le constater au tableau 2 et tel que confirmé par le test de Dunnett, seule la catégorie des jeunes ayant une double problématique, psychotropes et dépression (i.e. la catégorie Consom + Dépres), a subi plus de stressseurs que la catégorie sans problème.

L'analyse du nombre moyen de stressseurs subis à 10-11-12 ans, semble renforcer l'idée d'un lien entre consommation abusive d'alcool/drogue et nombre de stressseurs. En effet, on observe une variation globale significative entre les huit catégories de jeunes, $F(7, 1466) = 3.68, p < .01$, sans différence entre les sexes ni d'interaction entre les catégories et le sexe. Les trois catégories de jeunes qui ont été exposés à plus de stressseurs que la catégorie sans problème ont en commun une problématique d'abus d'alcool et/ou de drogue ; il s'agit des catégories Consom + Comport + Dépres, Consom + Comport et Consom (voir le Tableau 2).

b) *Deuxième question* : *Y a-t-il des différences à 6-7-8 ans, en moyenne, et à 10-11-12 ans, en moyenne, entre les catégories de jeunes au chapitre des comportements sociaux ?* Les analyses révèlent plusieurs différences mais celles-ci varient en fonction des dimensions du comportement et des périodes de développement. À 6-7-8 ans, les catégories de jeunes se distinguent au chapitre des comportements antisociaux et inattentifs-hyperactifs, tels qu'évalués par les enseignants, ($F(7, 1618) = 6.57$ et $1.98, p \leq .05$, respectivement) et les parents ($F(7, 1618) = 4.22$ et 9.38 , respectivement). L'analyse a aussi révélé une différence entre les garçons et les filles au niveau de ces comportements. Les huit catégories de jeunes ne se distinguent toutefois pas au chapitre

Tableau 2
Cote moyenne d'adversité sociofamiliale et nombre de stressseurs
subis par les jeunes dans les diverses catégories de problèmes
d'adaptation lorsqu'ils étaient âgés de 6, 7 et 8 ans.

Catégories	Sexe	Mesure		
		Cote d'adversité sociofamiliale	Nombre de stressseurs	
			6-7-8 ans	6-7-8 ans
Consom +	G	.30 ¹ (.32) ²	.67 (.85)	.65 (.94)*
Comport +	F	.34 (.31)	.75 (.75)	1.08 (.90)*
Dépres				
Consom +	G	.24 (.20)	.69 (.79)	.98 (1.06)*
Comport	F	.24 (.24)	.60 (.60)	.81 (.63)*
Consom +	G	.32 (.22)	1.19 (.73)*	.69 (.66)
Dépres	F	.28 (.26)	.65 (.61)*	.72 (.72)
Comport +	G	.34 (.21)	.90 (.89)	.93 (.72)
Dépres	F	.17 (.14)	.93 (1.40)	.76 (1.26)
Consom	G	.28 (.25)	.64 (.81)	.79 (.79)*
	F	.26 (.24)	.64 (.73)	.77 (.83)*
Comport	G	.33 (.28)	.67 (.79)	.75 (.76)
	F	.28 (.26)	.48 (.72)	.62 (.81)
Dépress	G	.24 (.21)	.76 (.70)	1.04 (.55)
	F	.33 (.26)	.57 (.55)	.68 (.71)
Aucun	G	.28 (.25)	.58 (.68)	.62 (.71)
	F	.27 (.25)	.48 (.61)	.59 (.65)

Consom : Consommation problématique d'alcool ou de drogue

Comport : Problème de comportement

Dépres : Trouble dépressif

1 Moyenne ; 2 Écart-type

*: Cote significativement plus élevée que celle du groupe sans problème, à la suite du test de Dunnett.

des comportements anxieux-retirés et des comportements prosociaux. En outre, aucune interaction entre les catégories et le sexe ne s'est révélée significative. Les résultats sont rapportés au Tableau 3. L'application du test de Dunnett montre que les catégories avec au moins un problème obtiennent des cotes plus élevées d'antisocialité à 6, 7 et 8 ans de la part des enseignants comparativement à la catégorie de jeunes sans problème. Les deux exceptions à cette règle sont : les jeunes avec uniquement un problème de consommation de psychotropes et ceux aux prises

Tableau 3
Cote moyenne à 6-7 et 8 ans et écarts-type sur deux dimensions
du comportement pour lesquelles les catégories de jeunes se
distinguent de l'avis des enseignants et des parents

Catégories	Sexe	Comportement et source d'évaluation			
		Antisocialité		Inattention-hyperactivité	
		Enseignant	Parent	Enseignant	Parent
Consom + Comport + Dépres	G	5.76 ¹ (4.99) ^{2*}	9.32 (3.88)*	4.11 (3.42)	5.63 (1.66)
	F	3.76 (2.78)*	6.54 (2.93)*	2.71 (1.91)	5.60 (2.71)
Consom + Comport	G	5.63 (4.51)*	7.63 (3.56)*	4.16 (2.67)*	5.26 (2.39)*
	F	3.39 (4.69)*	7.77 (3.49)*	3.18 (2.54)*	5.44 (2.09)*
Consom + Dépres	G	4.33 (3.41)	4.17 (2.71)	3.39 (3.27)	3.40 (1.99)
	F	1.93 (3.38)	5.06 (3.18)	2.15 (2.71)	4.08 (2.26)
Comport + Dépres	G	7.03 (4.53)*	8.03 (5.07)*	6.27 (3.13)*	6.23 (3.49)*
	F	4.98 (5.69)*	8.19 (4.19)*	4.07 (3.42)*	6.23 (3.98)*
Consom	G	3.75 (3.63)	6.80 (3.39)	3.65 (2.79)	5.14 (2.38)
	F	2.09 (2.99)	5.25 (2.99)	2.45 (2.84)	4.04 (2.42)
Comport	G	5.43 (4.25)*	9.66 (4.64)*	4.71 (3.23)*	6.11 (2.62)*
	F	3.84 (3.95)*	7.64 (2.07)*	3.02 (2.48)*	5.51 (2.25)*
Dépres	G	5.77 (5.23)*	8.94 (5.32)*	4.19 (2.38)	6.27 (2.43)*
	F	2.89 (3.46)*	5.18 (2.80)*	2.99 (2.43)	4.77 (2.39)*
Aucun	G	3.68 (3.81)	6.11 (3.48)	3.95 (2.87)	5.19 (2.55)
	F	1.86 (2.58)	4.88 (2.65)	2.40 (2.28)	4.08 (2.35)

Consom: Consommation problématique d'alcool ou de drogue

Comport: Problème de comportement

Dépres: Trouble dépressif

¹ Moyenne; ² Écart-type

*: Cote significativement plus élevée que celle du groupe sans problème, à la suite du test de Dunnett.

avec un problème de consommation et un problème dépressif. Les résultats pour les cotes attribuées par les parents sont identiques à l'exception du groupe avec un problème de psychotropes qui, cette fois, se distingue de la catégorie sans problème.

Au niveau des comportements d'inattention-hyperactivité, seules les catégories Consom + Comport et Comport + Dépres se distinguent significativement de la catégorie sans problème de l'avis des enseignants. D'après l'évaluation des mères, les catégories Consom +

Comport + Dépres, Consom + Comport, Comport + Dépres et Comport se distinguent significativement de la catégorie sans problème d'adaptation.

À une exception près, les enseignants et les parents considèrent que les huit catégories de jeunes se distinguent sur toutes les dimensions du comportement à 10, 11 et 12 ans. Les *F* univariés de l'analyse de la variance varient entre 2.73 et 7.33 pour les dimensions du comportement évaluées par les enseignants et entre 7.93 et 19.81 pour celles évaluées par les parents. Quatre des cinq dimensions sont semblables à celles évaluées à 6, 7, et 8 ans. La cinquième dimension est constituée par les comportements impulsifs qui n'avaient pas été évalués antérieurement.

La seule dimension sur laquelle les groupes ne se distinguent pas est constituée par les comportements prosociaux évalués par les parents. Tel qu'attendu les garçons se distinguent des filles sur toutes les dimensions à l'exception des comportements anxieux-retirés évalués par les parents. Les cotes moyennes sont rapportées au Tableau 4.

Les catégories Consom + Comport + Dépres, Consom + Comport, Comport + Dépres et Comport ont reçu de la part des enseignants des cotes plus élevées d'antisocialité, d'impulsivité et d'inattention-hyperactivité que la catégorie sans problème. Les mêmes catégories obtiennent des cotes plus faibles au niveau de la prosocialité (pour des raisons d'économie d'espace, ces moyennes ne sont pas présentées au tableau 4). Enfin, les catégories Comport + Dépres et Dépres obtiennent des cotes plus élevées d'anxiété-retrait social que la catégorie sans problème. D'après les parents maintenant, les catégories Comport + Dépres, Comport et Dépres ont des cotes plus élevées que la catégorie sans problème sur toutes les dimensions. Les catégories Consom + Comport + Dépres et Consom + Comport ont également des cotes plus élevées d'antisocialité, d'inattention-hyperactivité et d'impulsivité. Finalement, la catégorie Consom obtient une cote plus faible que la catégorie sans problème pour ce qui est de l'anxiété-retrait social. Un résultat similaire avait aussi été obtenu avec les cotes provenant des enseignants.

De façon inattendue, les analyses appliquées au questionnaire de Fallender n'ont pas révélé de différences entre les catégories de jeunes au chapitre des attitudes éducatives des parents lorsque les enfants avaient 6 ans. Le seul résultat significatif obtenu sur cet instrument signale une différence entre les parents des garçons et des filles au chapitre des attitudes liées à l'autorité.

Tableau 4
Cote moyenne à 10-11 et 12 ans et écarts-type sur les cinq
dimensions du comportement pour lesquelles les catégories de
jeunes se distinguent selon l'évaluation des enseignants et des
parents

Catégories	Sexe	Antisocialité		Inattention-hyperactivité	
		Enseignant	Parent	Enseignant	Parent
Consom +	G	5.87 ¹ (5.43) ^{2*}	7.63 (3.68)*	4.85 (3.35)*	5.02 (3.16)*
Comport +	F	1.87 (2.00)*	5.51 (3.58)*	2.81 (2.03)	4.50 (3.29)*
Dépres					
Consom +	G	4.50 (3.23)*	6.48 (3.82)*	4.74 (2.47)*	4.89 (2.43)*
Comport	F	3.35 (3.04)*	6.25 (3.08)*	3.93 (2.27)*	5.42 (1.93)*
Consom +	G	3.62 (3.50)	5.21 (2.12)	3.33 (2.11)	3.71 (2.21)
Dépres	F	1.65 (2.14)	3.95 (2.77)	2.45 (2.79)	3.23 (2.98)
Comport +	G	7.07 (5.82)*	11.23 (3.61)*	6.33 (4.59)*	6.37 (4.17)*
Dépres	F	2.88 (3.93)*	7.90 (4.60)*	3.38 (2.56)*	6.07 (4.11)*
Consom	G	3.10 (3.12)	4.80 (2.90)	3.78 (2.79)	4.06 (2.69)
	F	1.37 (2.25)	3.67 (2.55)	2.04 (2.11)	3.03 (2.36)
Comport	G	5.44 (4.92)*	7.98 (4.05)*	4.52 (2.86)*	5.85 (3.03)*
	F	3.44 (3.10)*	7.53 (2.47)*	3.10 (2.00)*	5.43 (2.33)*
Dépres	G	4.01 (3.64)*	7.73 (4.37)*	4.38 (2.72)	5.90 (2.03)*
	F	2.33 (2.30)*	4.46 (2.47)*	1.98 (2.57)	4.22 (2.18)*
Aucun	G	2.99 (3.39)	4.62 (3.26)	3.71 (2.89)	4.20 (2.85)
	F	1.33 (2.02)	3.59 (2.57)	2.00 (2.16)	3.16 (2.27)
Catégories	Sexe	Anxiété-retrait social		Impulsivité	
		Enseignant	Parent	Enseignant	Parent
Consom +	G	1.98 (1.83)	3.13 (1.13)	4.67 (4.35)*	6.41 (3.27)*
Comport +	F	1.84 (1.67)	3.88 (2.54)	1.35 (1.45)*	5.18 (3.30)*
Dépres G					
Consom +	G	2.20 (1.76)	2.99 (1.48)	3.76 (2.59)*	5.77 (3.50)*
Comport	F	2.36 (1.78)	2.90 (2.10)	2.35 (2.17)*	6.88 (2.43)*
Consom +	G	2.79 (1.53)	3.93 (1.50)	2.96 (2.56)	4.95 (2.93)
Dépres	F	2.20 (1.85)	3.19 (1.59)	1.55 (2.29)	3.92 (3.73)
Comport +	G	4.10 (0.74)*	4.43 (2.13)*	6.37 (5.32)*	7.63 (4.86)*
Dépres	F	2.83 (2.03)*	4.55 (2.15)*	2.45 (2.94)*	6.67 (5.54)*
Consom	G	1.56 (1.38)†	2.71 (1.67)†	2.71 (2.68)	4.58 (3.07)
	F	1.66 (1.35)†	2.89 (1.75)†	1.14 (1.87)	3.87 (2.71)
Comport	G	2.25 (1.61)	4.70 (1.92)*	3.64 (2.91)*	7.27 (3.57)*
	F	2.33 (1.60)	4.57 (2.28)*	1.78 (2.06)*	7.32 (2.50)*

Tableau 4

Catégories	Sexe	Anxiété-retrait social		Impulsivité	
		Enseignant	Parent	Enseignant	Parent
Dépres	G	3.54 (1.98)*	4.92 (1.67)*	3.49 (2.84)	6.68 (2.99)*
	F	2.46 (1.36)*	3.36 (1.95)*	1.74 (1.83)	4.60 (2.63)*
Aucun	G	2.06 (1.63)	3.18 (1.88)	2.59 (2.81)	4.55 (3.14)
	F	1.86 (1.55)	3.18 (1.83)	1.07 (1.63)	3.82 (2.66)

Consom : Consommation problématique d'alcool ou de drogue

Comport : Problème de comportement

Dépres : Trouble dépressif

1 Moyenne ; 2 Écart-type

*: Cote significativement plus élevée que celle du groupe sans problème, à la suite du test de Dunnett.

† Cote significativement plus faible que celle du groupe sans problème, à la suite du test de Dunnett.

Analyses prédictives

La prochaine analyse consiste en une régression logistique polychotomique destinée à déterminer jusqu'à quel point les cotes d'antisocialité et d'inattention-hyperactivité évaluées par les enseignants à 6-7 et 8 ans permettent de prédire les catégories avec un ou des problèmes d'adaptation à 15-16 ans. Il n'a pas semblé opportun d'inclure dans ces analyses l'indice d'adversité familiale ou le nombre de stressseurs en raison de leur faible relation avec les catégories de problèmes d'adaptation, tel que révélé par les analyses précédentes. Les sept catégories à problème ont été regroupées en deux supra-catégories : la première regroupe toutes les catégories (Consom + Comport + Dépres, Consom + Comport, Consom + Dépres, Comport + Dépres, Comport et Dépres), l'autre est constituée par la catégorie Consom. Cette décision repose sur deux motifs : certaines analyses comparatives ont montré que les catégories à problème se distinguent de la catégorie sans problème sur plusieurs aspects. Toutefois, la catégorie Consom fait souvent exception en ne se distinguant pas de la catégorie sans problème. En outre, le fait de regrouper les catégories Consom + Comport + Dépres, Comport + Dépres, Consom + Comport, Consom + Dépres, Comport et Dépres élimine le problème d'un trop petit nombre de sujets dans certaines catégories. En bref, la question à laquelle cette analyse permet de répondre est la suivante : en comparaison avec la catégorie sans problème, jusqu'à quel point les cotes d'antisocialité et d'hyperactivité-inattention évaluées par les enseignants à 6-7-8 ans en moyenne permettent-elles de prédire la présence d'au moins un problème d'adaptation à l'adolescence autre qu'un problème unique de consommation de psychotropes,

après avoir tenu compte du sexe des jeunes ? Pour ce faire, nous avons utilisé la procédure CATMOD de SAS qui génère des équations de régression différentes pour chaque niveau de la variable dépendante.

À la lumière des résultats², il est clair que l'antisocialité permet de prédire la supra-catégorie qui inclut les jeunes avec au moins un problème, sauf un problème unique de psychotropes : le rapport de risque est de 1,14 et le chi-carré = 32,27, significatif à $p < 0,0005$. Ainsi, pour chaque augmentation de une unité sur la cote d'antisocialité, le risque d'appartenir à la supra-catégorie avec un problème ou plus (autre que la consommation de psychotropes) augmente de 1,14 fois. Ce résultat tient compte du sexe. En effet, les filles ont un risque 1,65 fois plus élevé que les garçons d'appartenir à la supra-catégorie avec au moins un problème pour une même cote d'antisocialité (chi-carré = 10,37, $p = 0,0013$). La cote d'inattention-hyperactivité ne contribue pas à la prédiction, en raison, probablement, de sa corrélation élevée avec la cote d'antisocialité. Nous avons repris les analyses en excluant la catégorie Consom du groupe de référence sans problème. Les résultats sont demeurés essentiellement inchangés. En outre, aucune des variables mesurées à 6 ans ne permet de prédire l'appartenance à la catégorie Consom par rapport à la catégorie sans problème d'adaptation.

Discussion

Constatations générales

Un peu plus du tiers des adolescents qui ont participé à la présente étude affichent au moins un des problèmes d'adaptation suivants : consommation problématique de psychotropes, trouble sévère de comportement, trouble dépressif. Plus précisément, un peu plus du quart des jeunes ont consommé de manière problématique des substances psychoactives à 15-16 ans. En raison de la surreprésentation des enfants turbulents au sein de l'échantillon et de la perte de certains cas à risque en raison d'une attrition différentielle, ces taux ne sont pas représentatifs de la population générale.

Environ le quart des jeunes qui ont consommé des psychotropes affichent aussi un trouble du comportement et/ou un trouble dépressif comparativement à un sur dix chez les non consommateurs. Le pourcentage de consommateurs de substances psychoactives qui éprouvent d'autres problèmes est probablement une sous-estimation de la réalité. Premièrement, plusieurs autres problèmes d'adaptation tels les problèmes scolaires, les troubles anxieux, le jeu pathologique, etc. ne sont pas considérés. Or, ces problèmes surviennent davantage chez les consommateurs que chez les non consommateurs (Hawkins et al., 1997 ; Vitaro

et al., 2000). Deuxièmement, il est probable que nous ayons perdu des jeunes à haut risque en raison de l'attrition. Ceux-ci auraient probablement fait augmenter la proportion des jeunes avec une double ou une triple problématique. Par ailleurs, environ la moitié des jeunes qui éprouvent un trouble perturbateur ou un trouble affectif éprouvent aussi un problème de consommation. À l'instar des données rapportées par Greenbaum et al. (1996), les résultats actuels soulignent la cooccurrence élevée entre les problèmes de santé mentale et les problèmes de consommation de substances psychoactives. Il n'est toutefois pas possible à la lumière de données transversales de déterminer si une telle situation découle d'influences mutuelles entre les problèmes ou d'un développement parallèle alimenté par des facteurs de risque communs ou corrélés.

Les catégories de jeunes se distinguent sur diverses dimensions comportementales au cours de l'enfance, telles qu'évaluées par les enseignants ou les parents. La concordance entre les parents et les enseignants est étonnamment élevée en ce qui concerne les différences entre les catégories de jeunes. En règle générale, les catégories qui incluent la problématique d'un trouble du comportement se distinguent surtout, mais pas uniquement, au niveau des comportements de type externalisé (i.e. antisocialité, inattention-hyperactivité, impulsivité) alors que les catégories qui comportent un trouble dépressif se distinguent à 10-11-12 ans, mais pas à 6-7-8 ans, au niveau des comportements internalisés (i.e. anxiété-retrait). En fait, à 6-7-8 ans, les catégories où le trouble dépressif est présent se distinguent sur les variables d'antisocialité plutôt que sur les variables reflétant un problème d'internalisation. Ces résultats suggèrent que les sentiments dépressifs découlent, en partie du moins, de problèmes d'externalisation (plutôt que d'internalisation) en raison, par exemple, du rejet par les pairs, des sanctions sociales et des problèmes scolaires que de tels problèmes engendrent habituellement (Panak et Garber, 1992).

Les cotes d'antisocialité attribuées par les enseignants à 6-7-8 ans permettent clairement de prédire l'ensemble des catégories avec au moins un problème d'adaptation, à l'exception de la catégorie définie par seulement une consommation de psychotropes. En revanche, les indices d'adversité familiale, le nombre de stressseurs et les pratiques éducatives des mères lorsque leur enfant est âgé de 6 ans ne distinguent pas (et par conséquent ne sauraient prédire) l'appartenance aux huit catégories de jeunes. Ce résultat surprenant s'expliquerait en partie par une variance réduite sur ces mesures, attribuable, entre autres choses, à la perte des participants affichant les cotes extrêmes. Cela ne signifie pas que ces variables ne sont pas du tout pertinentes ou qu'elles ne l'ont pas été au cours de la période préscolaire (ou encore durant l'adolescence).

Les résultats précédents concordent avec ceux de plusieurs groupes de chercheurs (Quay et Hogan, 1999) pour indiquer que les comportements externalisés à l'enfance sont des précurseurs fiables de problèmes d'adaptation à l'adolescence. En conséquence, il est possible de dépister dès l'enfance les jeunes à risque d'éprouver une variété de problèmes d'adaptation à l'adolescence. Une démarche préventive est alors possible. L'étude de Tremblay et al. (1995) constitue un exemple d'intervention précoce qui a produit des résultats préventifs intéressants au niveau des problématiques abordées dans l'étude actuelle. D'autres exemples pertinents de prévention sont décrits dans Vitaro et Gagnon (2000). Les résultats actuels supportent également la thèse de Jessor et Jessor (1977) à l'effet que la cooccurrence de divers problèmes d'adaptation à l'adolescence repose en partie sur la présence d'éléments antécédents communs. Un test formel de cette hypothèse n'a toutefois pas été réalisé dans la présente étude.

Les jeunes qui manifestent seulement un problème de consommation de psychotropes sont difficiles à dépister précocement. L'absence de caractéristiques prédictrices et l'absence de problèmes de santé mentale concomitants laissent entendre qu'ils ne constituent peut-être pas un groupe à haut risque. En accord avec Block et al. (1988), il est possible d'affirmer que les problèmes de consommation des jeunes sont transitoires, en autant qu'ils ne soient pas reliés à d'autres problèmes d'adaptation et en autant qu'ils n'entraînent pas de conséquences irréparables (par exemple, accident automobile). Par conséquent, les efforts d'intervention curative ou préventive devraient être centrés sur les jeunes à risque d'une double ou d'une triple problématique ou encore d'un problème de comportement ou d'un trouble dépressif. Ces conclusions doivent toutefois être considérées avec précaution, car il n'est pas clair si les consommateurs de psychotropes qui n'éprouvent pas d'autres problèmes de santé mentale n'éprouvent pas des problèmes liés à l'école ou à la famille. Ces aspects devraient être examinés dans les recherches futures.

Plusieurs différences entre les garçons et les filles ont été obtenues. Toutefois, les constatations relatives aux catégories de jeunes s'appliquent de la même manière aux garçons et aux filles puisque aucune interaction entre les catégories de jeunes et le sexe ne s'est avérée significative.

Tel que déjà signalé, il n'est pas possible d'utiliser les résultats de la présente étude pour établir les taux de prévalence des problèmes d'adaptation considérés ici ou le degré de comorbidité de ces problèmes au sein de la population générale d'adolescents. Cependant, les taux

obtenus ici correspondent de près à ceux rapportés par Valla et al. (1994) auprès d'une cohorte de jeunes du Québec. Quoique déjà élevés, ces taux pourraient augmenter si on ajoute d'autres problèmes d'adaptation qui n'ont pas été considérés ici. Parmi ces autres problèmes possibles, mentionnons les difficultés scolaires et les risques d'abandon scolaire avant la fin du secondaire, le tabagisme, les troubles anxieux de toute sorte, le jeu pathologique, la violence dans les relations amoureuses, les grossesses précoces, etc.

Un suivi à moyen et long terme de tous les jeunes du présent échantillon apparaît nécessaire afin de vérifier les conséquences associées à la présence d'une problématique simple, double ou triple au cours de l'adolescence. En particulier, il sera intéressant de vérifier si les jeunes qui affichent seulement un problème de consommation de psychotropes s'adaptent aussi bien aux plans scolaire, personnel, social et professionnel que ceux sans problème d'adaptation. De tels résultats confirmeraient la suggestion précédente à l'effet de concentrer nos efforts d'intervention et de prévention auprès de ceux qui, en plus d'un problème de consommation, affichent aussi un problème de santé mentale de type perturbateur ou affectif ou qui affichent seulement ce type de problème.

Un suivi longitudinal permettra aussi de clarifier les liens temporels entre les trois catégories de problèmes d'adaptation abordées dans cette étude. À partir des données présentées ici, il n'est pas possible de déterminer si les divers problèmes exercent une influence les uns sur les autres, se développent de manière indépendante ou évoluent en parallèle en raison d'antécédents communs. Nous proposons de réaliser un tel suivi au cours des prochaines années.

Conclusion

Un peu plus du tiers des jeunes dans le présent échantillon ont un problème d'adaptation sérieux. Ceux qui ont une double ou une triple problématique sont proportionnellement plus nombreux à entretenir des idées suicidaires (environ 40 % contre 20 % pour ceux avec une problématique simple et 5 % pour ceux sans problème). Ils sont également plus nombreux à être suspendus de l'école, à faire un usage quotidien de tabac et à recourir à des ressources en santé mentale (Vitaro, Tremblay, Zoccolillo, Romano et Pagani, 1999). Les résultats actuels montrent qu'ils se distinguent déjà à la maternelle sur la base de leurs problèmes d'externalisation. Par conséquent, il est suggéré d'utiliser les variables de prédiction précoce afin de dépister les enfants à risque d'une double ou d'une triple problématique et à investir les ressources de prévention

requis afin de les aider ainsi que leur famille avant que les problématiques deviennent complexes et difficiles à modifier.

Notes

1. Nous avons suivi la recommandation faite par Cohen, Velez, Kohn, Schwab-Stone et Johnston (1987) à l'effet de regrouper les informations provenant des adolescents et des parents au niveau des symptômes.
2. Nous avons répété la même analyse de régression avec les cotes d'antisocialité et d'inattention-hyperactivité des parents. Les résultats étant essentiellement semblables à ceux obtenus pour les enseignants, nous ne les rapportons pas ici pour des raisons d'économie d'espace. De toute manière, il apparaît préférable d'utiliser les cotes attribuées à 6-7-8 ans par les enseignants puisque ceci élimine tout problème de monosource entre les variables de prédiction et la variable critère, les enseignants n'ayant pas participé à la cueillette des données à 15-16 ans.

RÉFÉRENCES

- ACHENBACH, T. M., MCCONAUGHY, S. H. ET HOWELL, C. T., 1987, Child/adolescent behavioral and emotional problems : Implications of cross-informant correlations for situational specificity, *Psychological Bulletin*, 101, 2, 213-232.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., revised), Washington, DC : Author.
- ASELTINE, J. R., GORE, S., COLTEN, M. E., 1998, The co-occurrence of depression and substance abuse in late adolescence, *Developmental and Psychopathology*, 10, 549-570.
- BEHAR, L. B., STRINGFIELD, S., 1974, A behavior rating scale for the preschool child, *Developmental Psychology*, 10, 601-610.
- BIRD, H. R., CANINO, G., RUBIO-STIPEC, M., GOULD, M. S., RIBERA, J., SESMAN, M., WOODBURY, M., HUERTAS-GOLDMAN, S., PAGAN, A., SANCHEZ-LACAY, A., MOSCOSO, H., 1988, Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico, *Archives of General Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- BLOCK, J., BLOCK, J. H., KEYES, S., 1988, Longitudinal foretelling drug usage in adolescence : Early childhood personality and environmental precursors, *Child Development*, 59, 336-355.
- BRETON, J. J., 1993, *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies, Santé Québec.

- BRONFENBRENNER, 1986, Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives, *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- COHEN, P., VELEZ, N., KOHN, M., SCHWAB-STONE, M., JOHNSON, J., 1987, Child psychiatric diagnosis by computer algorithm: Theoretical issues and empirical tests, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 631-638.
- COIE, J. D., WATT, N. F., WEST, S. G., HAWKINS, J. D., ASARNOW, J. R., MARKMAN, H. J., RAMEY, S. L., SHURE, M. B., LONG, B., 1993, The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a National Research Program, *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- DONOVAN, J. E., JESSOR, R., 1985, Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 890-904.
- ELLIOTT, D. S., 1994, Longitudinal research in criminology: Promise and practice, in Weitekamp, E. G. M., Kerner, H. J., eds., *Cross-national Longitudinal Research on Human Development and Criminal Behavior*, Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic, 189-201.
- ELLIOTT, D. S., HUIZINGA, D., MENARD, S., 1989, *Multiple Problem Youth: Delinquency, Substance Abuse and Mental Health Problems*, New York, Springer-Verlag.
- FALENDER, C. A., MEHRABIAN, A., 1980, The emotional climate for children as inferred from parental attitudes: A preliminary validation of three scales, *Educational and Psychological Measurement*, 40, 3-4, 1033-1042.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, L. J., 1996, The role of adolescent peer affiliations in the continuity between childhood behavioral adjustment and juvenile offendings, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 205-221.
- FISHER, P. W., SHAFFER, D., PIACENTINI, J. C., LAPKIN, J., KAFANTARIS, V., LEONARD, H., HERZOG, D. B., 1993, Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd Edition (DISC-2.1) for Specific Diagnoses of Children and Adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 3, 666-673.
- GAGNON, C., VITARO, F., TREMBLAY, R. E., 1992, Parent-teacher agreement on kindergarteners' behavior problems: A Research Note, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 7, 1255-1261.
- GARNEFSKI, N., DIEKSTRA, R. F. W., 1997, "Comorbidity" of behavioral, emotional, and cognitive problems in adolescence, *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 3, 321-338.

- GREENBAUM, P. E., FOSTER-JOHNSON, L., PETRILA, A., 1996, Co-occurring addictive and mental disorders among adolescents: Prevalence research and future directions, *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 52-60.
- HAWKINS, J. D., KOSTERMAN, R., MAGUIN, E., CATALANO, R. F., ARTHUR, W. W., 1997, Substance use and abuse, in Ammerman, R.T., Hersen, M. eds., *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents. Intervention in the Real World Context*, New York, John Wiley, 203-237.
- JESSOR, R. ET JESSOR, S. I., 1977, *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*, New York, Academic Press.
- JOHNSTON, L. D., O'MALLEY, P. M., BACHMAN, J. G., 1995, *Drug Use Rises Again in 1995 among American Teens*, [News Release], University of Michigan News and Information Services, Ann Arbor.
- LOEBER, R., FARRINGTON, D. P., STOUTHAMER-LOEBER, M., VAN KAMMEN, W. B., 1998, *Antisocial Behavior and Mental Health Problems: Explanatory Factors in Childhood and Adolescence*, New Jersey, Lawrence Erlbaum.
- KNOWLES, E. E., SCHROEDER, D. A., 1990, Personality characteristics of sons of alcohol abusers, *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 142-147.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRGUS, J. S., 1994, The emergence of gender differences in depression during adolescence, *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- PANAK, W. F., GARBER, J., 1992, Role of aggression, rejection, and attributions in the prediction of depression in children, *Development and Psychopathology*, 4, 145-165.
- PETOT, D., 1999, Les dépressions, in Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., Toussignant, M., eds., *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: approche intégrative*, Montréal, Gaëtan Morin, 111-138.
- PULKKINEN, L., TREMBLAY, R. E., 1992, Patterns of boys' social adjustment in two cultures and at different ages: A longitudinal perspective, *International Journal of Behavioral Development*, 15, 4, 527-553.
- QUAY, H. C., HOGAN, A. E., 1999, *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, New York, Kluwer Academic/Plenum.
- ROBINS, L. N., 1998, The intimate connection between antisocial personality and substance abuse, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 393-399.
- ROBINS, L. N., HELZER, J. E., CROUGHAN, J., RATCLIFF, K. S., 1981, National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity, *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

- SELZER, M. L., 1971, The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument, *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- SHAFFER, D., FISHER, P., PIACENTINI, J., SCHWAB-STONE, M., WICKS, B. A., 1991, *DISC-2.25 unpublished manuscript*, New York State Psychiatric Institute, New York.
- TREMBLAY, R. E., DESMARAIS-GERVAIS, L., GAGNON, C., CHARLEBOIS, P., 1987, The Preschool Behavior Questionnaire: Stability of its factor structure between cultures, sexes, ages and socioeconomic classes, *International Journal of Behavioral Development*, 10, 467-484.
- TREMBLAY, R. E., HAAPASALO, J., MÂSSE, L., 1994, *Can Disruptive Boys Survive in School?*, Toronto, Canadian Institute of Advanced Research (working paper).
- TREMBLAY, R. E., LOEBER, R., GAGNON, C., CHARLEBOIS, P., LARIVÉE, S., LEBLANC, M., 1991, Disruptive boys with stable and unstable high fighting behavior patterns during junior elementary school, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 285-300.
- TREMBLAY, R. E., PAGANI-KURTZ, L., MÂSSE, L. C., VITARO, F., PIHL, R. O., 1995, A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 4, 560-568.
- VALLA, J. P., BRETON, J. J., BERGERON, L., GAUDET, N., BERTHIAUME, C., SAINT-GEORGES, M., DAVELUY, C., TREMBLAY, V., LAMBERT, J., HOUDE, L., LÉPINE, S., 1994, *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans*, Rapport de synthèse, Hôpital Rivière-des-Prairies, en collaboration avec le ministère de la santé et des services sociaux, gouvernement du Québec.
- VITARO, F., CARBONNEAU, R., GOSSELIN, C., TREMBLAY, R. E., ZOCOLILLO, M., 2000, L'approche développementale et les problèmes de consommation chez les jeunes: prévalence, facteurs de prédiction, prévention et dépistage, in Brisson, P., éd., *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Vol. III, Montréal, Gaëtan Morin, 279-314.
- VITARO, F., DOBKIN, P. L., GAGNON, C., LEBLANC, M., 1994, *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent: prévalence, déterminants et prévention*, Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- VITARO, F., GAGNON, C., 1999, Le trouble oppositionnel chez l'enfant, in Habimana, E., Éthier, L.S., Petot, D., Tousignant, M., eds., *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: approche intégrative*, Montréal, Gaëtan Morin, 201-230.

- VITARO, F., GAGNON, C., 2000, *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Qc, Presses de l'Université du Québec.
- VITARO, F., GAGNON, C., TREMBLAY, R. E., 1991, Teachers' and mothers' assessment of children's behaviors from kindergarten to grade two: Stability and change within and across informants, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 4), 325-343.
- WEIR, K., DUVEEN, G., 1981, Further development and validation of the Prosocial Behavior Questionnaire for use by teachers, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 4, 357-374.
- ZOCCOLILLO, M., HUARD, M., 1999, Le trouble des conduites, in Habimana, E., Éthier, L.S., Petot, D., Tousignant, M., eds., *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*, Montréal, Gaëtan Morin, 183-206.
- ZOCCOLILLO, M., VITARO, F., TREMBLAY, R. E., 1999, Problem drug and alcohol use in a community sample of adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 900-907.

ABSTRACT

Psychoactive substance abuse, behavioral disorder and depression during adolescence

This article examines cocurrence of three types of problems of adaptation during adolescence : abuse of psychotropic drugs, behavioral disorder (oppositional and behavioral disorders) and feelings of depression (depression and dysthymia). The study also examines behavioral, social as well as family characteristics which, during childhood, distinguish youths with many adaptation problems from those with only one or no problem. More than 1600 youths from all regions of Quebec participated in the study. These youths were around 15,7 years old when they completed an interview aiming at determining the possible presence of abusive use of psychotropic drugs, behavioral problems and feelings of depression. Their behavioral and sociofamilial characteristics had been previously evaluated (between the ages of 6 and 12) with questionnaires answered by parents and teachers. Results reveal that almost 10 % of youths experience two or three adaptation problems. These youths distinguish themselves from those with only one problem on various personal and sociofamilial dimensions in the course of childhood. Those with one problem represent a little more than 25 % of the sample. They also distinguish themselves from the group of youth with no problem on several variables. However, the group of youths with a

problem of substance abuse only, is an exception. The discussion underlines the importance of knowing if there is simultaneous presence of several problems and proposes to intervene in a preventive fashion with youths who risk experiencing many problems.

RESUMEN

Consumo de sustancias psicoactivas, turbios de comportamiento y sentimiento depresivos durante el adolescencia

Este artículo examina el acontecimiento de tres tipos de problemas de adaptación durante la adolescencia: el consumo problemático de psicótopos, turbios de comportamiento (turbios oposicional y turbio de conductas) y sentimientos depresivos (depresion y distemia). Examina también características comportamentales y sociofamiliares cuales, durante la infancia, distinguen los jovenes con varios problemas de adaptación de los con un solo problema o sin problema. Más de 1600 jóvenes de cada region del Québec participaron al estudio. Estos jovenes tenían en medida 15,7 años cuando participaron a una entrevista para determinar la presencia posible de un consumo problemático de psicótopos, de problemas de comportamiento y de sentimientos depresivos. Sus características comportamentales habían sido evaluadas previamente (entre 6 y 12 años de edad) con la ayuda de cuestionarios llenados por los padres y los profesores. Los resultados revelan que cerca de 10% de jovenes sufren de dos o tres problemas de adaptación. Estos jovenes se distinguen de los con un problema sobre varias dimensiones personales y sociofamiliares durante la infancia. Jovenes con un problema representan un poco mas de 25% del escantillón. A su vez se distinguen del grupo sin problema sobre varias variables. El grupo de jovenes con un problema de consumo de psicótopos hace sin embargo excepción. La discusión subraya la importancia de conocer si hay presencia simultanea de varios problemas y propone una intervención preventiva con jovenes quienes riesgan presentar varios problemas.