

Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois

Epidemiology of depressive and anxiety disorders among Quebec children and adolescents

Geneviève Piché, Marilou Cournoyer, Lise Bergeron, Marie-Ève Clément et Nicole Smolla

Volume 42, numéro 1, printemps 2017

Santé mentale des populations

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040242ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1040242ar>

[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

Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M.-È. & Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19–42. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>

Résumé de l'article

L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents est une discipline relativement récente et souvent méconnue, notamment au Québec. Certains travaux ont cependant permis d'estimer la prévalence des troubles mentaux les plus fréquents chez les jeunes, tels que les troubles anxieux et dépressifs, ainsi que les caractéristiques individuelles, familiales et socioéconomiques qui y sont associées. Cet article poursuit deux objectifs : présenter une recension des principaux résultats de recherche en épidémiologie pédopsychiatrique au Québec et mettre en évidence l'apport de ces résultats pour la santé publique. Afin d'atteindre ces objectifs, cet article présente les résultats de recherche en lien avec trois thématiques : 1) la mesure et l'identification des troubles anxieux et dépressifs chez les enfants et les adolescents ; 2) la prévalence de ces troubles et la comorbidité ; 3) les variables associées aux troubles anxieux et dépressifs identifiées dans les études épidémiologiques. Les auteurs souligneront les implications futures de ces résultats à travers les politiques québécoises dans le domaine de la santé publique.

Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois

Geneviève Piché^a

Marilou Cournoyer^b

Lise Bergeron^c

Marie-Ève Clément^d

Nicole Smolla^e

RÉSUMÉ L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents est une discipline relativement récente et souvent méconnue, notamment au Québec. Certains travaux ont cependant permis d'estimer la prévalence des troubles mentaux les plus fréquents chez les jeunes, tels que les troubles anxieux et dépressifs, ainsi que les caractéristiques individuelles, familiales et socioéconomiques qui y sont associées. Cet article poursuit deux objectifs : présenter une recension des principaux résultats de recherche en épidémiologie pédopsychiatrique au Québec

-
- a. Ph. D., ps.éd., professeure agrégée, Université du Québec en Outaouais, Département de psychoéducation et de psychologie, Communauté de pratique épidémiologie psychosociale (COPEP).
 - b. Ph. D., psychologue, Clinique de psychologie En Équilibre.
 - c. Ph. D., professeure-chercheure, Centre de recherche, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies, Département de psychologie, Université de Montréal, Communauté de pratique épidémiologie psychosociale (COPEP).
 - d. Ph. D., professeure titulaire, Université du Québec en Outaouais, Département de psychoéducation et de psychologie, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la violence faite aux enfants.
 - e. Ph. D., professeure-chercheure, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies.

et mettre en évidence l'apport de ces résultats pour la santé publique. Afin d'atteindre ces objectifs, cet article présente les résultats de recherche en lien avec trois thématiques : 1) la mesure et l'identification des troubles anxieux et dépressifs chez les enfants et les adolescents ; 2) la prévalence de ces troubles et la comorbidité ; 3) les variables associées aux troubles anxieux et dépressifs identifiées dans les études épidémiologiques. Les auteurs souligneront les implications futures de ces résultats à travers les politiques québécoises dans le domaine de la santé publique.

MOTS CLÉS épidémiologie, dépression, anxiété, enfant, adolescent

Epidemiology of depressive and anxiety disorders among Quebec children and adolescents

ABSTRACT Epidemiology of child and adolescent mental health is a relatively new discipline, particularly in the province of Quebec. Some work has however estimated the prevalence of the most common mental disorders among young people, such as anxiety and depression, as well as identified associated individual, family and socio-economic variables. This article has two objectives: to present a review of major epidemiological research findings in child psychiatry conducted in the province of Quebec and highlight the contribution of these findings for public health. To achieve these objectives, this article presents the results of research related to three themes: 1) measurement and identification of anxiety and depressive disorders in children and adolescents, 2) the prevalence of these disorders and comorbidity, 3) the correlates of anxiety and depressive disorders identified in epidemiological studies. The authors will then highlight future implications of these results across Québec policies in the field of public health.

KEYWORDS epidemiology, depression, anxiety, child, adolescent

Introduction

Les troubles anxieux et dépressifs sont parmi les troubles mentaux les plus fréquents chez les jeunes^{1,2}. À travers le monde, les taux de prévalence (période actuelle ou 12 derniers mois) d'au moins un trouble anxieux varient respectivement de 2,2 % à 9,5 %². Ces troubles surviennent relativement tôt dans le développement de l'enfant ou de l'adolescent (l'âge médian étant de 11 ans pour la survenue d'un trouble anxieux)³ et augmentent progressivement à l'adolescence¹. Les taux de prévalence de troubles dépressifs chez les jeunes sont estimés entre 0,6 % et 3,0 %², avec une augmentation marquée lors de la transition de l'enfance à l'adolescence (taux de prévalence de 3,1 % à 7,2 %) et ce, principalement chez les filles¹. Ces taux de prévalence sous-estimeraient

le nombre de jeunes présentant des symptômes dépressifs, à un seuil sous-clinique, mais vivant une détresse psychologique importante (dépression sous-clinique)⁴.

Les troubles anxieux et dépressifs occasionnent des difficultés de fonctionnement telles qu'une plus grande utilisation des services de santé, un taux d'absentéisme scolaire plus élevé, un risque accru de décrochage scolaire⁶ et la présence d'idées suicidaires⁴. De plus, ces deux types de troubles ont tendance à se maintenir ou à s'aggraver au cours de la vie³. Également, une étude récente réalisée auprès d'un large échantillon d'enfants québécois révèle que 70,4 % des jeunes ayant un trouble anxieux présentaient également un épisode dépressif majeur⁵. Dans ce contexte, il s'avère important de mettre à jour les données épidémiologiques québécoises sur ces troubles.

L'objectif de cet article est de présenter les résultats des principales recherches épidémiologiques québécoises effectuées sur les troubles anxieux et dépressifs, chez les jeunes 6 et 17 ans, afin de rendre compte de la prévalence de ces troubles, dans la population, et des facteurs qui y sont associés. Un tel travail permettra de suggérer des orientations en matière de santé publique, dans le but de proposer une meilleure planification des services, ce qui fait encore défaut au Canada, tant dans une perspective de prévention universelle que sélective ou indiquée^{7,8}.

La mesure et l'identification des troubles anxieux et dépressifs chez les jeunes

L'épidémiologie de la santé mentale des enfants et des adolescents est relativement récente et souvent méconnue. Celle-ci a pour but d'étudier la distribution des troubles mentaux chez les jeunes de la population en général ainsi que les facteurs qui l'influencent. L'attention portée à la qualité du devis, incluant la représentativité de l'échantillon, la fidélité et la validité des instruments de mesure utilisés, représente une contribution unique des études épidémiologiques². De plus, elle exige le recours à des critères objectifs et précis afin d'identifier les individus atteints d'une maladie dans une population cible⁹. De tels critères permettent de minimiser le nombre de faux positifs et de faux négatifs. En psychiatrie, il n'existe aucun critère étalon (*gold standard*), c'est-à-dire un critère externe permettant d'établir, d'une façon absolue, l'existence d'un trouble mental chez un individu¹⁰. En l'absence d'un tel critère, l'utilité d'un système nosologique tel que le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5)¹¹ pour définir les

troubles mentaux est reconnue dans la communauté scientifique^{2, 12}. Chaque problème peut être opérationnalisé par un syndrome représentant une constellation de divers symptômes menant à un « diagnostic clinique »¹³. Les chercheurs qui utilisent un tel schème de référence théorique s'assurent que les troubles étudiés ont fait l'objet d'un consensus auprès d'experts dans le domaine et sont reconnus par l'ensemble de la communauté scientifique et professionnelle¹².

Variations induites par le développement de l'enfant et son contexte

En raison des variations induites par le développement biologique, cognitif, émotionnel et social de l'enfant, l'évaluation d'un trouble mental est plus complexe au cours de l'enfance que chez l'adulte. À titre d'exemple, les études psychométriques mettent en évidence des coefficients de fidélité test-retest plus faibles chez les enfants de 6 à 8 ans (0,54 à 0,82) comparativement aux enfants de 9 à 11 ans (0,65 à 0,87) et aux adolescents de 12 à 15 ans (0,75 à 0,94), lorsque des instruments de dépistage des troubles mentaux définis selon le DSM-5 sont utilisés^{14, 15}. Il est reconnu que les enfants et les jeunes adolescents présentent certaines limites cognitives inhérentes à leur stade développemental, lesquelles ont des répercussions sur la mesure des troubles mentaux. Notamment, les enfants de 6 à 11 ans (stade des opérations concrètes) ont plus de difficultés à comprendre les notions de temporalité, les questions longues ou complexes¹⁶. Ainsi, l'enfant âgé de 6 ans ne peut pas comprendre une question incluant deux événements ou états mentaux¹⁴.

Plusieurs hypothèses liées au niveau développemental de l'enfant pourraient expliquer les difficultés inhérentes à la mesure des troubles mentaux chez les plus jeunes. Des caractéristiques individuelles telles que le manque de compréhension des questions, un faible niveau de concentration ou de mémoire et une variation dans la motivation de l'enfant sont très importantes. Les attributs des questions (ex. : la durée, la fréquence, la longueur, la complexité) peuvent aussi contribuer à diminuer la capacité de l'enfant à y répondre adéquatement¹⁶. Il est donc suggéré de tenir compte de l'âge de l'enfant et de son niveau développemental dans le choix d'un instrument pour évaluer sa santé mentale.

Désaccord entre les informateurs

La manifestation des symptômes et des comportements peut changer selon les situations ou les contextes d'évaluation: un jeune peut être très perturbateur et inattentif dans son milieu scolaire et sembler très calme et obéissant à la maison. Ces distinctions peuvent être dues aux différentes tâches qui lui sont demandées ou activités auxquelles il participe selon le milieu. Dans une méta-analyse, Achenbach et ses collaborateurs ont observé un accord relativement faible entre les différentes paires d'informateurs (ex.: parents-enfants: $r = 0,25$)¹⁰. Trois hypothèses ont été proposées pour expliquer ce désaccord: 1) la spécificité des comportements de l'enfant en fonction des contextes de vie; 2) l'immaturation cognitive de l'enfant; 3) une mauvaise perception du parent des émotions de son enfant¹⁷. Ainsi, l'impossibilité d'identifier un informateur susceptible de représenter le « critère standard » suggère la pertinence d'une approche de l'évaluation qui inclut de multiples informateurs, dont l'enfant et l'adolescent¹⁸.

Implications pour l'épidémiologie pédopsychiatrique

En raison des enjeux théoriques et méthodologiques discutés ci-haut, les instruments structurés qui s'appuient sur les critères du DSM sont généralement privilégiés en épidémiologie¹⁹. L'évaluation rigoureuse des troubles mentaux des jeunes exige l'implication de différents informateurs (ex.: jeune, parent, clinicien). De plus, l'instrument qui s'adresse au jeune devrait tenir compte de son niveau développemental et présenter de bonnes qualités psychométriques, autant chez les adolescents que chez les enfants. À titre d'exemple, le format pictographique des différentes versions du Dominique Interactif permet d'améliorer la compréhension des questions par les enfants et les adolescents^{14, 15}.

Méthodologie

Les articles scientifiques recensés ont été sélectionnés à partir des banques de données MEDLINE, PsychINFO et Google Scholar. Les mots-clés suivants (en français et anglais) ont été utilisés, en usant de plusieurs combinaisons différentes: épidémiologie; prévalence; incidence; facteurs de risque; facteurs de protection; facteurs associés; troubles anxieux; troubles dépressifs; comorbidité; enfants; adolescents; Québec. Les références bibliographiques des articles

scientifiques sélectionnés ont également été consultées afin de maximiser notre recherche.

Au-delà des critères principaux d'avoir été réalisées au Québec et de présenter des données provenant d'échantillons d'enfants âgés entre 6 et 17 ans, les études sélectionnées dans cette recension des écrits devaient rejoindre les critères suivants, choisis selon les principes élémentaires de l'épidémiologie présentés plus haut : 1) inclure un nombre élevé de participants assurant une représentativité des populations ciblées ; 2) s'appuyer sur les symptômes et critères du DSM afin de définir les troubles anxieux et dépressifs ; 3) évaluer ces troubles à partir d'instruments standardisés pour les enfants et les adolescents.

Notre recension des écrits a permis de retracer 41 articles scientifiques ou rapports de recherche, selon les mots clés utilisés. Cependant, nos critères nous ont amenés à n'en sélectionner que 12 d'entre eux. Selon notre recension, une seule étude épidémiologique a porté spécifiquement sur la détermination des taux de prévalence des troubles mentaux, chez les enfants et les adolescents québécois, et sur les facteurs associés à ces troubles : l'Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes (EQSMJ)²⁰. Trois autres étudesⁱ ont permis d'estimer les prévalences des troubles mentaux, dont les troubles anxieux et dépressifs, sur des échantillons représentatifs de jeunes âgés de 6 à 17 ans de la population québécoise en général : l'Étude Longitudinale auprès des Enfants de la Maternelle (ELEM)²⁵ et les deux Enquêtes de Polyvictimisation^{26, 27} (voir tableau 1).

En plus des articles publiés à partir des données de l'EQSMJ^{28, 29} et des Enquêtes de Polyvictimisation^{30, 31}, trois autres études épidémiologiques ont permis d'identifier certaines variables associées aux troubles dépressifs et anxieux chez les jeunes : l'Étude Longitudinale sur le Développement des Enfants du Québec (ELDEQ)³², *le Montreal Adolescent Depression Development Project* (MADDP)³³ et l'étude longitudinale *Agir Autrement*^{34, 35} (voir tableau 2).

- i. Quatre études québécoises ayant estimé la prévalence de troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents n'ont pu être retenues, puisqu'elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion : l'Enquête Québécoise sur la Santé des Jeunes du Secondaire (EQSJS)²¹, l'Enquête de *l'Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants*²², l'Enquête Québécoise sur la Santé de la Population²³ et l'Étude Longitudinale sur le Développement des Enfants du Québec (ELDEQ)²⁴. Les chercheurs ont soit regroupé les prévalences de troubles dépressifs et anxieux des enfants, soit identifié les troubles à partir de la présence d'un diagnostic médical ou en s'appuyant sur les symptômes dépressifs ou anxieux, sans considérer les critères du DSM-V^{21, 22, 23, 24}.

D'autres chercheurs québécois ont également contribué à approfondir nos connaissances sur les troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents du Québec. Bien que ces travaux ne rencontrent pas les critères d'inclusion retenus a priori et ne seront pas décrits dans cet article, ils apportent un éclairage complémentaire aux résultats d'études épidémiologiques québécoises. Notamment, par l'exploration des trajectoires de développement de ces troubles³⁶ et l'analyse de variables rarement considérées dans les études épidémiologiques, par exemple l'image corporelle et l'estime de soi³⁷, le statut pubertaire⁶, l'attachement au parent³⁶, le décrochage scolaire⁶ et la qualité des relations d'amitié³⁸.

Résultats

La prévalence des troubles anxieux et dépressifs parmi les jeunes Québécois

Le point de vue du jeune et celui de son parent, comme sources d'information, ont été considérés dans deux études recensées^{20, 25}. Dans une seule étude, les prévalences ont été analysées selon différents groupes d'âge (6-8 ans; 9-11 ans; 12-14 ans) et les types de trouble anxieux (l'anxiété généralisée – l'hyperanxiété, l'anxiété de séparation et les phobies spécifiques)²⁰.

Les prévalences de troubles anxieux et dépressifs varient en fonction de l'âge et du sexe des jeunes, du type d'informateur (enfant, adolescent, parent), du type de trouble analysé, de l'instrument et de la période retenue pour l'évaluation des troubles (période actuelle, 6 derniers mois) (voir tableau 1).

Troubles anxieux

Selon les résultats des études épidémiologiques considérées dans cette recension, entre 2,9 et 33 % des enfants et des adolescents québécois ont au moins un trouble anxieux. Le taux de prévalence de troubles anxieux est significativement plus élevé chez les filles que chez les garçons, indépendamment du groupe d'âge^{20, 25}.

De manière générale, les troubles anxieux sont moins fréquents lorsque les enfants sont les informateurs comparativement à ce qui est observé quand les parents sont questionnés^{20, 25}. De plus, il est important de s'attarder aux distinctions entre les troubles anxieux. L'anxiété de séparation demeure relativement rare (autour de 1%), sauf chez les

TABLEAU 1

Prévalences de troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents de la population québécoise

Auteurs	Devis/ Échantillon	Période/Mesures	Estimation de prévalence selon les informateurs									
			Enfants						Adolescents			
			(6 à 8 ans):			(9 à 11 ans):			(12 à 17 ans)			
			Total	F	G	Total	F	G	Total	F	G	
Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes ²⁰	ET Enfants 6-11 n = 1585 Adolescents 12-14 n = 825	Enfants 6-11 - Dominique ^a (période actuelle)	TD	3,3	2,5	4,1	3,5	2,9	4,1	3,4	5,9	0,9
			PS	3,2	4,7	1,7	1,3	1,9	0,8	10,2	16,1	4,6
			AS	4,9	4,6	5,1	1,8	2,3	1,4	1,3	1,5	1,1
		Adolescents 12-14 - DISC-2.25 ^b (6 derniers mois)	TH	3,9	3,5	4,2	3,8	5,8	2,0	1,6	2,6	0,4
			TAG	–	–	–	–	–	–	0,8	1,5	0,2
			TA	9,2	10,4	8,1	5,8	8,5	3,2	12,2	19,3	5,7
		Parents - DISC-2.25 (6 derniers mois)	TAA	–	–	–	–	–	–	3,9	6,6	1,4
				Informateur enfant (%)			Informateur enfant (%)			Informateur adolescent (%)		
			TD	1,1	0,9	1,2	1,3	1,1	1,4	2,8	3,4	2,2
			TDa	1,0	0,7	1,2	1,3	1,1	1,4	2,7	3,2	2,2
			PS	14,6	16,9	12,5	12,6	13,3	12,0	7,5	10,1	5,1
			AS	2,1	3,5	0,9	1,4	1,2	1,6	1,5	1,5	1,1
			TH	2,7	3,1	2,4	2,7	2,5	3,0	5,3	2,6	0,4
			TAG	1,4	1,3	1,6	1,6	1,3	1,9	2,2	2,0	2,4
			TA	17,5	20,4	14,8	14,6	15,0	14,2	12,1	15,4	9,0
	TAA	–	–	–	–	–	–	5,6	6,2	5,0		

Auteurs	Devis/ Échantillon	Période/Mesures	Estimation de prévalence selon les informateurs										
			Enfants						Adolescents				
			(6 à 8 ans):			(9 à 11 ans):			(12 à 17 ans)				
			Total	F	G	Total	F	G	Total	F	G		
Étude Longitudinale auprès des Enfants de la Maternelle ²⁵	EL Adolescents 14-17 n = 1201	- DISC 2.25 (6 derniers mois)	TD	-	-	-	-	-	-	Informateur adolescent (%)			
			TDa	-	-	-	-	-	-	6,8	11,3	2,3	
	TA		-	-	-	-	-	-	21,9	33,0	10,9		
	TAa		-	-	-	-	-	-	8,9	13,5	4,3		
											Informateur parent (%)		
	TD		-	-	-	-	-	-	3,5	4,9	2,1		
	TDa		-	-	-	-	-	-	3,3	4,4	2,1		
	TA		-	-	-	-	-	-	15,2	19,8	10,7		
	TAa:		-	-	-	-	-	-	6,5	8,5	4,6		
	Enquête de Poly-victimisation ^{26,27}		E Enfants 6-11 n = 797 Adolescents 12-17 n = 1400	-TSCYC ^c (période actuelle; dernières semaines)	Informateur parent (%)								
TA		3,6			3,0	4,2	2,9	2,9	3,0	-	-	-	
Informateur adolescent (%)													
TD		3,6			6,0	1,1	2,9	4,3	1,5	0,7	0,7	0,7	

EL : Étude longitudinale; ET : Étude transversale; TD : Trouble dépressif; TDa : Trouble dépressif avec problème d'adaptation; PS : Phobie sociale; AS : Anxiété de séparation; TH : Trouble de l'hyperanxiété; TAG : Trouble d'anxiété généralisée; TA : Au moins un trouble anxieux; TAa : Au moins un trouble anxieux avec problème d'adaptation.

^a Une étude du Dominique (version papier), réalisée auprès de 143 enfants âgés entre 6 à 11 ans, a montré que les sous-échelles de la dépression et des troubles anxieux présentent une bonne consistance interne (la dépression : $\alpha = 0,88$; les troubles anxieux : $\alpha = 0,62$ à $0,74$) et une fidélité test-retest adéquate (la dépression : CCI = $0,67$; les troubles anxieux : CCI = $0,59$ à $0,74$) pour ce type d'instrument de mesure⁹.

^b Une étude sur les propriétés psychométriques du *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25)*³⁹, réalisée auprès de 260 parents d'enfants âgés entre 6 et 14 ans et de 145 adolescents âgés entre 12 et 14 ans, a montré que la consistance interne des sous-échelles de la dépression et des troubles anxieux était très bonne (alphas de cronbach variant de $0,70$ à $0,90$, selon l'informateur), tandis que la fidélité test-retest sur une période de deux semaines était relativement limitée (kappas variant entre $0,32$ et $0,69$, selon l'informateur)¹⁶.

³ Le *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*⁴⁰ a été utilisé à la fois dans l'enquête de polyvictimisation réalisée auprès de parents d'enfants âgés entre 2 et 11 ans et dans celle réalisée auprès des jeunes de 12 ans et plus ($n = 1400$). Dans ces enquêtes, les deux sous-échelles du TSCC ont montré une bonne consistance interne : 1) chez les enfants, selon l'informateur parent : les symptômes dépressifs ($\alpha = 0,73$) et les symptômes anxieux ($\alpha = 0,66$)²⁷; 2) chez les adolescents, auto-rapporté : les symptômes dépressifs ($\alpha = 0,74$)²⁶.

enfants âgés de 6 à 8 ans (informateur enfant, 4,9 %). Finalement, la phobie simple (ou phobie spécifique) est rapportée plus fréquemment par les parents des enfants de 6 à 11 ans et par les adolescents eux-mêmes²⁰.

Troubles dépressifs

Les résultats des études recensées suggèrent qu'entre 0,7 et 11,3 % des enfants et des adolescents ont au moins un trouble dépressifⁱⁱ. De manière générale, la prévalence de troubles dépressifs est significativement plus élevée chez les filles que chez les garçons^{20, 25}.

Dans l'EQSMJ, la prévalence de troubles dépressifs est plus élevée quand les enfants de 6 à 8 ans et de 9 à 11 ans évaluent eux-mêmes leurs symptômes que lorsque ce sont leurs parents. Lorsque le jeune de 6 à 14 ans est le répondant, la prévalence de troubles dépressifs est près de trois fois plus élevée chez les adolescentes que chez leurs consœurs âgées de 6 à 8 ans. À l'inverse, ces troubles sont plus fréquents chez les garçons de 6 à 8 ans et de 9 à 11 ans comparativement aux adolescents. En considérant le parent comme informateur, la prévalence de troubles dépressifs est plus élevée chez les adolescents comparativement aux plus jeunes enfants²⁰.

Les variables associées aux troubles dépressifs et anxieux des enfants et des adolescents

En s'appuyant sur la perspective développementale de la psychopathologie, cette section de l'article présente les variables individuelles, familiales et socioéconomiques significativement associées aux troubles dépressifs et anxieux des jeunes Québécois (voir le tableau 2).

ii. La terminologie entourant les troubles dépressifs, généralement incluse dans les études épidémiologiques recensées, réfère soit au trouble dépressif majeur ou bien à la présence d'au moins un trouble dépressif (épisode de dépression majeure, trouble dysthymique). Pour alléger le texte, le terme « troubles dépressifs » sera utilisé au sens large, pour englober ces deux appellations. Dans la nouvelle version du DSM, l'épisode de dépression majeure se nomme trouble dépressif caractérisé, tandis que la dysthymie porte le nom de trouble dépressif persistant¹¹.

Caractéristiques de l'enfant ou de l'adolescent

Troubles anxieux.

Le sexe de l'enfant et son niveau de compétence sociale sont les deux seules variables associées aux troubles anxieux à la fois chez les enfants et les adolescents. L'analyse multivariée de l'influence du sexe sur les troubles anxieux a été proposée dans une seule étude épidémiologique québécoise²⁸. Les résultats montrent que les filles rapportent davantage de troubles anxieux que les garçons durant l'enfance et l'adolescence²⁸. La compétence sociale du jeune joue un rôle important dans la compréhension des troubles anxieux. Une association significative a été identifiée entre les troubles anxieux des enfants et un indicateur de la compétence sociale, soit l'inhibition comportementale envers les autres enfants³². Chez les adolescents, la présence de troubles anxieux est aussi liée à un faible niveau de compétence sociale²⁸.

Les enfants plus vieux (10 ou 11 ans) présentent davantage de troubles anxieux que les enfants plus jeunes (entre 6 et 9 ans). De plus, un cheminement scolaire irrégulier, chez l'enfant, est associé à la présence d'au moins un trouble anxieux²⁸. Également, le fait de subir plusieurs formes de violence est lié à la présence de symptômes anxieux à un seuil clinique chez les enfants âgés de moins de 12 ans dans l'Enquête de Polyvictimisation³⁰. Chez les adolescents, le fait de vivre au moins deux événements stressants est relié à un plus haut risque de présenter au moins un trouble anxieux²⁸.

Troubles dépressifs.

Le fait de vivre deux événements de vie stressants ou plus est la seule variable significativement associée aux troubles dépressifs à la fois chez les enfants et chez les adolescents (informateurs parent et adolescent)²⁹. Plus spécifiquement, lorsque le parent est l'informateur, ce type de trouble est significativement lié au placement en institution, à l'abus physique et à l'abus sexuel chez l'enfant, alors qu'il est associé à l'abus physique chez l'adolescent²⁹. Lorsque l'enfant est l'informateur, la présence de troubles dépressifs est significativement associée à la séparation ou le divorce des parents et la naissance d'un frère ou d'une sœur, alors que chez l'adolescent, il s'agit du décès du père. Dans l'Enquête de Polyvictimisation, le fait de subir plusieurs formes de violence est lié à la présence de symptômes dépressifs chez les enfants et chez les adolescents^{30, 31}.

TABLEAU 2

Variables significativement associées aux troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois

Types de facteurs	Facteurs	Troubles dépressifs		Troubles anxieux		
		Enfants	Adolescents	Enfants	Adolescents	
Caractéristiques de l'enfant	Âge 10 ou 11 ans versus 6, 9			RC = 2,45 IC = 1,47 à 4,09 ¹		
	Sexe Fille versus garçons		RC = 9,40 IC = 2,75 à 32,15 ² $\beta = .290$; $p < .001$ ⁶	RC = 1,36 IC = 1,01 à 1,84 ¹	RC = 1,84 IC = 1,10 à 3,07 ¹	
	Inhibition, timidité			$\chi^2[2] = 37,77$ ⁶		
	Compétence sociale Score faible versus modéré		RC = 1,92 IC = 1,06 à 3,48 ² $\beta = ,084$; $p < ,001$ ⁸		RC = 1,47 IC = 1,12 à 1,93 ¹	
	Solitude à l'école					
	Problèmes de santé physique Une maladie versus aucune maladie	RC = 2,31 IC = 1,24 à 4,32 ²				
	Cheminement scolaire Irrégulier versus régulier			RC = 2,33 IC = 1,29 à 4,18 ¹		
	Inconduite à l'école		$\beta = ,130$; $p < ,001$ ⁸			
	Évènements de vie stressants 2 évènements de vie ou plus versus 1 ou 0	RC = 2,47 IC = 1,29 à 4,75 ²	RC = 3,97 IC = 1,51 à 10,45 ²		RC = 1,78 IC = 1,10 à 2,87 ¹	
	Consommation de drogues		RC = 1,90, IC = 1,20 à 2,90 ³			
	Polyvictimisation du jeune	$\beta = .377$; $p < .001$ ⁵	$\beta = .239$; $p < .001$ ⁶	$\beta = .224$; $p < .001$ ⁵		
	Caractéristiques familiales et socioéconomiques	Structure familiale Famille monoparentale	$\beta = .137$; $p < .001$ ⁵			
		Rang de naissance Enfant unique versus 1 ^{er} né	RC = 4,90 IC = 1,81 à 13,26 ²			
3 ^e ou plus vieux versus enfant unique, 1 ^{er} ou 2 ^e					RC = 3,24 IC = 1,76 à 5,97 ¹	
3 ^e versus enfant unique, 1 ^{er} né			RC = 17,49 IC = 3,61 à 84,62 ²			

Types de facteurs	Facteurs	Troubles dépressifs		Troubles anxieux	
		Enfants	Adolescents	Enfants	Adolescents
Caractéristiques familiales et socioéconomiques (suite)	Troubles mentaux des parents Troubles anxieux (présence versus absence)			RC = 1,89 IC = 1,36 à 2,62 ¹	RC = 2,22 IC = 1,29 à 3,79 ¹
	Trouble dépressif majeur (présence versus absence)	RC = 7,25 IC = 2,40 à 21,92 ²	RC = 6,42 IC = 2,18 à 18,89 ²	RC = 1,55 IC = 1,08 à 2,24 ¹	RC = 2,26 IC = 1,29 à 3,96 ¹
	Symptômes dépressifs de la mère			$\chi^2[2] = 14,00^7$	
	Comportements de soins Fréquence faible versus modérée	RC = 1,45 IC = 1,08 à 1,96 ²	RC = 1,86 IC = 1,10 à 3,14 ²		RC = 1,39 IC = 1,08 à 1,82 ¹
	Comportements punitifs Fréquence faible versus modérée	RC = 2,04 IC = 1,38 à 3,01 ²	RC = 1,95 IC = 1,28 à 2,97 ²	$\chi^2[2] = 20,01^7$	RC = 1,62 IC = 1,30 à 2,10 ¹
	Comportements de surprotection Fréquence faible versus modérée			$\chi^2[2] = 9,72^7$	
	Niveau faible d'affectivité dans la relation de couple			RC = 1,50 IC = 1,07 à 2,10 ¹	
	Dysfonctionnement familial			$\chi^2[2] = 8,40^7$	
	Maladies physiques chroniques dans la famille 4 ou plus versus moins de 4			RC = 2,11 IC = 1,34 à 3,32 ¹	RC = 2,24 IC = 1,30 à 3,86 ¹
	Évènements de vie stressants vécus par le parent 2 évènements de vie ou plus, versus 0 ou 1		RC = 3,14 IC = 1,09 à 9,04 ¹		
	Niveau de scolarité de l'un ou des parents Père: cégep ou moins versus université Mère: D.E.S. ou moins versus cégep			RC = 2,58 IC = 1,48 à 4,49 ¹	RC = 2,49 IC = 1,22 à 5,10 ¹
	Revenu familial Élevé versus faible	RC = 2,97 IC = 1,16 à 7,63 ²			
	Environnement socioéducatif scolaire		RC = -,880 IC = -1,24 à -0,51 ⁴		

RC: Ratio de cotes; IC: Intervalle de confiance; β : coefficient de régression; p: seuil de signification; χ^2 = chi-carré.

En italique: les résultats selon l'informateur enfant ou adolescent; en police normale: les résultats selon l'informateur parent.

1 et 2: l'Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes^{28,29} (voir Tableau 1)

3: Brière *et al.*, 2012³⁴ (n = 3880 adolescents, de la 7^e à la 11^e année); 4: Brière *et al.*, 2013³⁵ (n = 5262 adolescents); l'Étude Longitudinale *Agir Autrement*, échantillon recruté de 71 écoles désavantagées du Québec; symptômes dépressifs mesurés avec le questionnaire *Center for Epidemiologic Studies-Depression*⁴¹

5 et 6: l'Enquête de Polyvictimisation (voir Tableau 1)^{30,31}

7: l'Étude Longitudinale sur le Développement des Enfants du Québec (ELDEQ)³²; n = 2120 enfants âgés entre 2 ans et demi et 8 ans, symptômes anxieux mesurés avec le questionnaire *Preschool Behaviour Questionnaire*⁴²

8: le *Montreal Adolescent Depression Development Project* (MADDP)³³; n = 1167 adolescents en 7^e année, de cinq écoles secondaires de la région montréalaise; les symptômes dépressifs ont été mesurés avec le questionnaire *Inventory to Diagnose Depression – Lifetime Version* (IDD-L)⁴³.

Chez les enfants, la présence d'une maladie physique chronique est significativement liée à la présence de troubles dépressifs²⁹. Chez les adolescents, les filles rapportent plus de troubles dépressifs que les garçons^{29, 31}. De plus, quelques caractéristiques du contexte social et scolaire sont associées aux troubles dépressifs des adolescents : un faible niveau de compétence sociale perçu par les parents, se sentir seul à l'école, faire plus de mauvais coups ou consommer de la drogue (MDMA et meth/amphétamine)^{29, 33, 34}.

Caractéristiques familiales et socioéconomiques

Troubles anxieux.

Certaines caractéristiques familiales se retrouvent associées à la fois aux troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : la présence de troubles mentaux chez les parents (ou de symptômes dépressifs élevés chez la mère) et une fréquence élevée de comportements punitifs^{28, 32}. De plus, les troubles anxieux, chez les enfants et les adolescents, sont reliés à la présence de quatre maladies physiques chroniques dans la famille (au moins une personne atteinte) et au fait d'avoir des parents ayant un faible niveau de scolarité²⁸.

D'autres caractéristiques familiales sont plus particulièrement liées aux troubles anxieux chez les enfants. Notamment, leurs parents rapportent davantage de comportements de surprotection envers leur enfant³² et expriment moins d'affectivité dans leur relation de couple que les parents d'enfants n'ayant pas de trouble anxieux²⁸. Également, les enfants ayant au moins un trouble anxieux proviendraient plus souvent de familles dysfonctionnelles, par rapport aux enfants n'ayant pas de trouble anxieux³².

Un faible niveau de comportements de soins de la part des parents est associé spécifiquement aux troubles anxieux chez les adolescents²⁸. De plus, les troubles anxieux des adolescents sont reliés à un rang de naissance plus élevé (3^e rang ou plus élevé)²⁸.

Troubles dépressifs.

La présence de troubles dépressifs et anxieux chez les parents est associée à la présence de troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents²⁹. Également, un niveau élevé de pratiques parentales punitives et un faible niveau de comportements de soins des parents sont liés à la présence de troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents²⁹.

Parmi les variables familiales reliées aux troubles dépressifs chez les enfants, on retrouve notamment la monoparentalité³⁰, la position d'enfant unique ainsi que le fait de vivre dans une famille ayant un revenu familial moyen ou élevé²⁹.

Le fait d'avoir un rang élevé dans la fratrie (3^e et plus)²⁹, les événements de vie stressants vécus par le parent²⁹, rapporter des relations conflictuelles avec un enseignant³³ et le type d'environnement scolaire (ex. : le climat entre élèves, la clarté des règles, le climat de sécurité)³⁵ sont liés à la présence de troubles dépressifs spécifiquement chez l'adolescent.

Discussion

Les travaux en épidémiologie pédopsychiatrique effectués au Québec ont permis de mieux comprendre l'ampleur et la complexité des troubles anxieux et dépressifs chez les enfants et les adolescents. Notre recension suggère que ces troubles peuvent être présents dès l'âge de 6 à 8 ans et sont relativement fréquents (entre 0,7 % et 33 %). Les taux de prévalences rapportés sont similaires à ceux des jeunes à travers le monde². Les résultats indiquent aussi que les troubles anxieux sont plus fréquents que les troubles dépressifs, chez les enfants et les adolescents, et que les filles rapportent davantage de troubles anxieux et dépressifs que les garçons.

De manière générale, les résultats sur les variables associées aux troubles dépressifs et anxieux chez les jeunes appuient l'hypothèse centrale des modèles multifactoriels et intégratifs inspirés de la perspective développementale de la psychopathologie^{44, 45}. Cette approche offre l'avantage de réfléchir aux origines et à l'évolution des troubles anxieux et dépressifs par une compréhension générale des processus responsables des changements et de la continuité des troubles mentaux. L'hypothèse de la multifactorialité suppose que plusieurs caractéristiques individuelles, familiales (ex. : troubles mentaux des parents) et socioéconomiques, en interrelations dynamiques, contribuent à augmenter le risque de développer un trouble anxieux ou dépressif (facteurs de risque) ou à diminuer cette susceptibilité (facteurs de protection), à différentes étapes du développement. L'enfant serait ainsi plus à risque si ses capacités personnelles pour faire face à l'adversité ainsi que ses ressources sociales ou familiales sont submergées par l'intensité et la récurrence d'événements stressants, de facteurs de risque ou de vulnérabilités à long terme^{44, 45}.

Quelques caractéristiques de l'enfant sont liées aux troubles dépressifs et anxieux chez les jeunes. Notamment, le fait de vivre plus de deux événements de vie stressants semble jouer un rôle dans la survenue de ces deux types de troubles (sauf pour les troubles anxieux chez les enfants), ce qui converge avec les résultats d'études antérieures⁴⁶. Également, un faible niveau de compétence sociale est associé aux deux types de troubles, mais seulement chez les adolescents.

Plusieurs caractéristiques familiales ressortent comme étant associées à la fois aux troubles anxieux et dépressifs chez les enfants et les adolescents. En lien avec certains résultats antérieurs^{47, 48}, deux éléments liés à la relation parent-enfant sont associés aux troubles anxieux et dépressifs chez les enfants et les adolescents : une fréquence élevée de comportements punitifs et une faible fréquence de comportements de soins des parents. Tel que reconnu dans la littérature scientifique⁴⁹, le fait de vivre avec un parent dépressif ou anxieux semble être un élément du contexte familial qui joue un rôle important dans la survenue des troubles dépressifs et anxieux, à la fois chez les enfants et les adolescents. Certaines études québécoises ont poursuivi des analyses complémentaires sur les variables modératrices de cette association entre les troubles mentaux des parents et ceux des enfants^{32, 50}, qui soulignent la contribution de ces variables familiales. Laurin et coll.³² rapportent que le risque pour l'enfant de présenter un niveau élevé de symptômes anxieux devient d'autant plus important si celui-ci est exposé à une mère ayant un niveau élevé de symptômes dépressifs et à un haut niveau de surprotection parentale. Piché et coll.⁵⁰ soulignent, pour leur part, qu'un niveau élevé de symptômes dépressifs et anxieux est significativement plus important si l'enfant vit avec une mère ayant eu un trouble dépressif ou anxieux, au cours de sa vie, et qui rapporte un faible niveau de comportements de soins ou un haut niveau de comportements punitifs envers son enfant.

Implications pour la recherche future

Les résultats de notre recension indiquent que l'EQSMJ est la seule étude épidémiologique québécoise, réalisée jusqu'à présent, qui a porté spécifiquement sur l'estimation des prévalences de troubles mentaux, chez les enfants et les adolescents, ainsi que l'identification des multiples variables associées à ces troubles. Celle-ci a été réalisée en 1992, soit il y a près de 25 ans. Une nouvelle étude s'intéressant au développement longitudinal de ces troubles, dans un cadre épidémiologique, est nécessaire afin de mettre à jour leurs prévalences, dans la popula-

tion des jeunes québécois, et de mieux comprendre leur étiologie par l'analyse des interrelations entre les différentes variables explicatives. La variation des taux de prévalence et des variables associées, en fonction du groupe d'âge et du sexe du jeune, confirme l'importance d'étudier le développement de ces troubles dans un devis longitudinal prospectif en tenant compte de ces différences développementales^{51, 52}. Dans ce contexte, l'ajout de variables biologiques et neurodéveloppementales (ex.: déficits langagiers) aux variables déjà considérées est susceptible d'augmenter la compréhension de l'étiologie des troubles⁵³.

Implications pour la santé publique

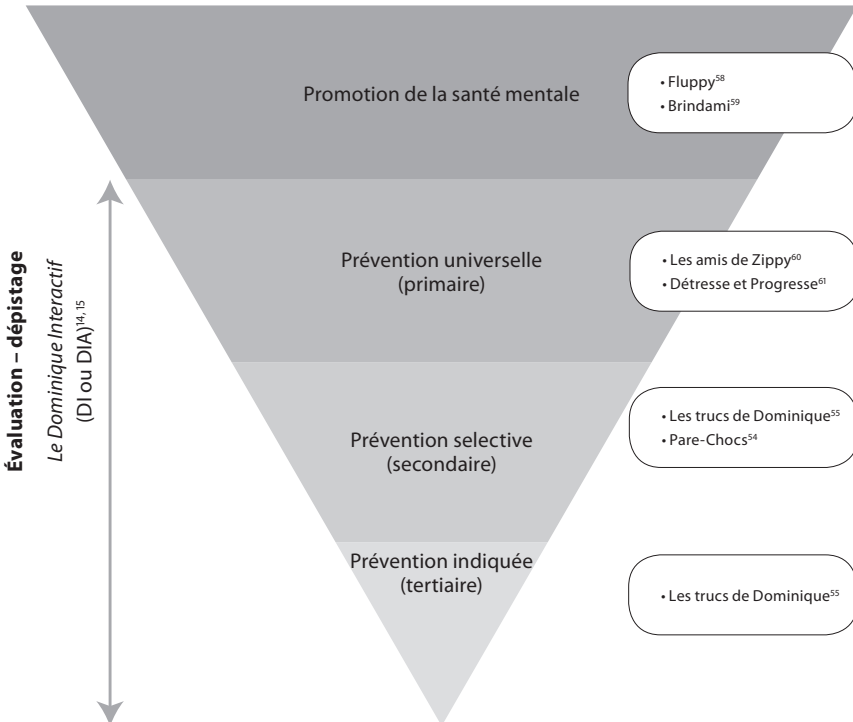
Les prévalences de troubles anxieux et dépressifs, chez les enfants et les adolescents, justifient amplement la nécessité de les reconnaître comme d'importants problèmes de santé publique et d'investir dans des approches de prévention ou d'intervention ciblée auprès des jeunes à risque de développer de tels troubles. De nature universelle, sélective ou indiquée, divers programmes de prévention ont été développés et implantés au Québec depuis la dernière décennie. Pensons notamment à deux programmes de prévention s'appuyant sur des techniques cognitives-comportementales : 1) *Pare-Chocs*⁵⁴ qui vise à prévenir ou à réduire les épisodes dépressifs, chez les adolescents ; 2) *Les Trucs de Dominique*⁵⁵ qui vise à prévenir les troubles anxieux chez les enfants.

Or, l'accessibilité aux soins de santé est caractérisée depuis plusieurs années par des listes d'attente et des difficultés à avoir accès aux professionnels⁵⁶ : moins de 25 % des enfants ayant un problème de santé mentale y ont accès⁵⁷. Également, malgré le fait que plusieurs innovations pratiques québécoises aient été développées pour le système de santé publique et implantées dans certaines régions du Québec^{14, 15, 54, 55, 58, 59, 60, 61} (voir certains exemples dans l'encadré 1), celles-ci ne sont pas utilisées ou implantées de manière systématique en raison du peu d'investissements dans le domaine de la prévention des problèmes de santé mentale chez les enfants⁸. De plus, jusqu'à présent, aucun programme de prévention n'est disponible pour prévenir l'apparition des troubles dépressifs chez les enfants. Récemment, le gouvernement du Québec a souligné l'importance d'intervenir de façon ciblée auprès des enfants à risque de présenter un trouble mental⁵⁶. Il s'agit d'un premier pas en avant, mais qui devra également être appuyé par un investissement permettant de prendre des actions concrètes en ce sens. Voici quelques recommandations :

- Outiller les intervenants de première ligne (ex. : enseignants) afin qu'ils puissent identifier le plus tôt possible les enfants à haut risque et les référer aux services d'aide;
- Favoriser la promotion de la santé mentale chez les enfants, à travers la population. À titre d'exemple, le programme *Les amis de Zippy* est un outil de promotion de la santé mentale en milieu scolaire s'attardant à aider les enfants à faire face aux difficultés de la vie, en favorisant leurs capacités adaptatives⁶⁰;
- Favoriser le développement et l'implantation de programmes de prévention des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants, ciblant les caractéristiques associées les plus fréquemment à ces troubles (ex. : troubles mentaux chez le parent, relation parent-enfant, compétence sociale);

ENCADRÉ 1

Exemples d'innovations québécoises pratiques pour le réseau de la santé publique



- Favoriser l'accessibilité aux services en santé mentale afin de permettre une intervention précoce auprès des jeunes qui ont besoin d'aide spécialisée. Cette intervention doit notamment s'appuyer sur une évaluation approfondie des troubles mentaux spécifiques et de leur comorbidité.

Limites de la recension

Plusieurs limites doivent d'être prises en considération dans l'interprétation des résultats mis en évidence par cette recension des écrits. Premièrement, très peu d'études épidémiologiques réalisées au Québec ont pu être retenues, en fonction de nos critères. Ainsi, les caractéristiques psychosociales ayant été identifiées comme étant des facteurs associés aux troubles dépressifs et anxieux, chez les jeunes, ne reposent que sur les résultats de quelques études (voir tableau 2). Deuxièmement, les groupes d'âge des jeunes considérés dans les analyses sont assez variés, rendant la comparaison des résultats plus restreinte, d'un point de vue développemental. Troisièmement, les caractéristiques psychosociales prises en considération en tant que variables indépendantes (facteurs associés) diffèrent de façon importante selon les études et, souvent, sont très peu nombreuses. Bien que ce choix méthodologique permette d'améliorer la puissance statistique d'une étude, il ne rejoint pas les hypothèses postulées par le modèle multifactoriel de la psychopathologie⁴⁴.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Costello, E. J., Copeland, W. et Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025.
- ² Merikangas, K. R., Nakamura, E. F. et Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20.
- ³ Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- ⁴ Cournoyer, M., Labelle, R., Berthiaume, C. et Bergeron, L. (2016). Quels sont les syndromes du DSM-5 les plus associés aux idées suicidaires chez les adolescents? Analyse selon l'âge et le sexe. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 41-62.

- ⁵ Cournoyer-G., M, Bergeron, L., Piché, G. et Berthiaume, C. (2013). Comorbidité entre les troubles anxieux et la dépression chez les enfants âgés de 6 à 11 ans. *Revue de psychoéducation*, 42(1), 49-66.
- ⁶ Gagné, M.-E. et Marcotte, D. (2010). Effet médiateur de l'expérience scolaire sur la relation entre la dépression et le risque de décrochage scolaire chez les adolescents vivant la transition entre l'école primaire et l'école secondaire. *Revue de psychoéducation*, 39, 27-44.
- ⁷ Rosenfield, D., Eltorki, M. et MPhil, P. B. (2013). Addressing paediatric mental health concerns. *Paediatric & Child Health*, 218(6), 293-294.
- ⁸ Waddell, C., McEwan, K., Peters, R. D., Hua, J. M. et Garland, O. (2007). Preventing mental disorders in children. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 174-178.
- ⁹ Valla, J.-P. et Bergeron, L. (1994). *Épidémiologie de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.
- ¹⁰ McClellan, J. (2004). Diagnostic Interviews. Dans J. M. Weiner et M. K. Dulcan (Dir.), *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry* (3e rd., p. 137-148). Washington, DC: American Psychological Association.
- ¹¹ American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- ¹² Kendell, R. et Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.
- ¹³ Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. *Revue québécoise de psychologie*, 16, 109-132.
- ¹⁴ Bergeron, L., Berthiaume, C., St.-Georges, M., Piché, G. et Smolla, N. (2013). Reliability, validity and clinical use of the Dominic Interactive: A DSM-based self-report screen for school-aged children. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8), 466-475.
- ¹⁵ Bergeron, L., Smolla, N., Berthiaume, C., Renaud, J., Breton, J. J., Georges, M. S., ... Labelle, R. (2017). Reliability, validity, and clinical utility of the Dominic Interactive for Adolescents—Revised: A DSM-5–based self-report screen for mental disorders, borderline personality traits, and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(3), 211-222, doi: 0706743716670129.
- ¹⁶ Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Lépine, S., Houde, L. et Gaudet, N. (1995). Do children aged 9 through 11 years understand the DISC version 2.25 questions? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 946-956.
- ¹⁷ Bird, H. R., Gould, M. S. et Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 78-85.

- 18 Achenbach, T. M. (2011). Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 80-86.
- 19 Robins, L. N. (2002). Birth and development of psychiatric interviews. Dans M.T. Tsuang et M. Tohen (dir.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (2^d ed., p. 257-271). New York, NY: Wiley-Liss.
- 20 Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C. et Gaudet, N. (1999). Quebec Child Mental Health Survey: Prevalence of DSM-III-R Mental Health Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(30), 375-384.
- 21 Pica, Lucille A., Traoré, I., Camirand, H., Laprise, P., Bernèche, F., Berthelot, M., Plante, N. et al. (2013). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui: leur santé mentale et leur adaptation sociale*, Tome 2, Québec, Canada: Institut de la statistique du Québec.
- 22 Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Québec, Canada: Institut national de santé publique du Québec.
- 23 Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *Les enfants du Québec: regard sur leur santé socioaffective*. Québec, Canada: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.
- 24 Riberdy, H., Tétreault, K. et Desrosiers, H. (2013). *La santé physique et mentale des enfants: une étude des prévalences cumulatives*. Québec, Canada: Institut de la Statistique Québec.
- 25 Romano, E., Tremblay, R. E., Vitaro, F., Zoccolillo, M. et Pagani, L. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 451-461.
- 26 Chamberland, C., Clément, M.-È., Cyr, K., et al. (2008). *La polyvictimisation des adolescents au Québec. Projet financé par le CRSH*, Montréal, Canada: Université de Montréal.
- 27 Clément, M.-È., Chamberland, C., Cyr, K., et al. (2010). *La polyvictimisation des enfants âgés de 2 à 11 ans au Québec. Projet financé par le CRSH*, Saint-Jérôme, Canada: Université du Québec en Outaouais.
- 28 Bergeron, L., Valla, J.-P. et Gauthier, A.-K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon et P. Gendreau (dir.), *Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents*. Paris, France: Solal.
- 29 Bergeron, L., Valla, J.-P., Smolla, N., Piché, G., Berthiaume, C. et St-Georges, M. (2007). Correlates of Depressive Disorders in the Quebec General Population 6 to 14 Years of Age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 456-474.
- 30 Cyr, K., Clément, M.-E. et Chamberland, C. (2014). Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(4), 616-634.

- ³¹ Cyr, K., Chamberland, C., Clément, M.-È., Wemmers, J.-A., Collin-Vézina, D., Lessard, G.,... Damant, D. (2016). The impact of lifetime victimization and polyvictimization on adolescents in Québec: Mental health symptoms and gender differences. *Violence and Victims*, 1-19. doi:10.1891/0886-6708.VV-D-14-00020
- ³² Laurin, J. C., Joussemet, M., Tremblay, R. E. et Boivin, M. (2015). Early forms of controlling parenting and the development of childhood anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 3279-3292.
- ³³ Morin, A. J. S., Maïano, C., Nagengast, B., Marsh, H.W., Morizot, J. et Janosz, M. (2010). General growth mixture analysis of adolescents' developmental trajectories of anxiety: The impact of untested invariance assumptions on substantive interpretations. *Structural Equation Modeling*, 18, 613-648.
- ³⁴ Brière, F. N., Fallu, J.-S., Janosz, M. et Pagani, L. (2012). Prospective associations between meth/amphetamine (speed) and MDMA (ecstasy) use and depressive symptoms in secondary school students. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11), 990-994.
- ³⁵ Brière, F. N., Pascal, S., Dupéré, V. et Janosz, M. (2013). School environment and adolescent depressive symptoms: A multilevel longitudinal study. *Pediatrics*, 131(3), 702-708.
- ³⁶ Duchesne, S. et Ratelle, C. F. (2014). Attachment security to mothers and fathers and the developmental trajectories of depressive symptoms in adolescence: Which parent for which trajectory? *Journal of Youth Adolescence*, 43, 641-654.
- ³⁷ 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.
- ³⁸ Chan, A. et Poulin, F. (2009). Monthly instability in early adolescent friendship networks and depressive symptoms. *Social Development*, 18(1), 1-23.
- ³⁹ Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E. et Canino, G. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.
- ⁴⁰ Briere, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources: 00253-00258.
- ⁴¹ Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- ⁴² Behar, L. et Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child. *Developmental psychology*, 10(5), 601.
- ⁴³ Pariente, P., Smith, M. et Guelfi, J. D. (1989). Un questionnaire pour le diagnostic d'épisode dépressif majeur: l'inventaire pour le diagnostic de la dépression (IDD). *Présentation de la version française. Psychiatrie & psychobiologie*, 4(6), 375-385.

- ⁴⁴ Cicchetti, D., et al. (1994). *A developmental psychopathology perspective on depression in children and adolescents*. Handbook of depression in children and adolescents, Springer: 123-141.
- ⁴⁵ Vasey, M. W. et Dadds, M. R. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- ⁴⁶ Velez, C. N., Johnson, J. I. M. et Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 861-864.
- ⁴⁷ Van Oort, F. V. A., Greaves Lord, K., Ormel, J., Verhulst, F. C. et Huizink, A. C. (2011). Risk indicators of anxiety throughout adolescence: the TRAILS study. *Depression and anxiety*, 28(6), 485-494.
- ⁴⁸ Goodman, R., Meltzer, H. et Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry*, 7(3), 125-130.
- ⁴⁹ Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M. (2008). Transmission intergénérationnelle des troubles intériorisés: modèles théoriques et recherches empiriques. *Revue canadienne de psychologie*, 49(4), 309-322.
- ⁵⁰ Piché, G., Bergeron, L., Cyr, M., et Berthiaume, C. (2011). Maternal Lifetime Depressive/Anxiety Disorders and Children's Internalizing Symptoms: The Importance of Family Context. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 20(3).
- ⁵¹ Costello, E. J., Egger, H. et Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- ⁵² Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. et Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 275-303.
- ⁵³ Brownlie, E. B., Bao, L. et Beitchman, J. (2015). Childhood language disorder and social anxiety in early adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-10. doi:10.1007/s10802-015-0097-5.
- ⁵⁴ Poirier, M., Marcotte, D., Joly, J. et Fortin, L. (2013). Program and implementation effects of a cognitive-behavioural intervention to prevent depression among adolescents at risk of school dropout exhibiting high depressive symptoms. *Educational Research and Evaluation: An International Journal on Theory and Practice*, 19 (6), 561-577.
- ⁵⁵ Gervais, J., Bouchard, S., Guilbert, S. et Gagnier, N. (2013). Les trucs de Dominique: Regard sur un programme d'apprentissage des techniques de gestion de l'anxiété destiné aux enfants. *Revue de psychoéducation*, 42 (1), 67-93.
- ⁵⁶ Ministère de la santé et des services sociaux (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015- 2020– Faire ensemble autrement*. Québec, Gouvernement du Québec.

- ⁵⁷ Canadian Institute for Health Information. (2010). *Health indicators 2010*. Ottawa, Ontario: Author.
- ⁵⁸ Poulin, F., Capuano, F., Vitaro, F., Verlaan, P., Brodeur, M., Giroux, J. et Gagnon, C. (2010). Le programme de prévention Fluppy: modèle théorique sous-jacent et implantation du devis d'évaluation en milieu de pratique. *Revue de psychoéducation*, 39 (1), 61-83.
- ⁵⁹ Centre de psychoéducation du Québec. (2011). *Brindami: Programme de développement des habiletés sociales et des habiletés d'autocontrôle chez les enfants de zéro à cinq ans*. Montréal: Centre de psycho-éducation du Québec.
- ⁶⁰ Dufour, S., Denoncourt, J. et Mishara, B. (2011). Improving children's adaptation: new evidence regarding the effectiveness of Zippy's Friends, a school mental health promotion program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 4(3), 17-27.
- ⁶¹ Lupien, S. J., Ouellet-Morin, I., Trépanier, L., Juster, R. P., Marin, M. F., Francois, N., ... Cooper, L. (2013). The DeStress for success program: effects of a stress education program on cortisol levels and depressive symptomatology in adolescents making the transition to high school. *Neuroscience*, 249, 74-87.