

Hétérogénéité des troubles du comportement au primaire et perceptions de la situation sociale et familiale des élèves

Michèle Déry, Mélanie Lapalme, Jean Toupin, Pierrette Verlaan and Robert Pauzé

Volume 33, Number 1, 2007

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/016191ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/016191ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue des sciences de l'éducation

ISSN

0318-479X (print)

1705-0065 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Déry, M., Lapalme, M., Toupin, J., Verlaan, P. & Pauzé, R. (2007). Hétérogénéité des troubles du comportement au primaire et perceptions de la situation sociale et familiale des élèves. *Revue des sciences de l'éducation*, 33(1), 109-126. <https://doi.org/10.7202/016191ar>

Article abstract

This article examines the family and social characteristics that distinguish primary level students who show behaviour difficulties (n=306) from those that are not at risk (n=101). These characteristics are examined according to the nature and severity of the behaviour problems presented, that is, the extent to which these resemble diagnostic criteria of those considered attention deficit hyperactivity, those considered as oppositional defiant when provoked, and those with conduct disorders. The results show that not all students who have these problems are differentiated from the control group, nor are they differentiated on these same family and social characteristics. These results suggest specific intervention for these subgroups.

Hétérogénéité des troubles du comportement au primaire et perceptions de la situation sociale et familiale des élèves

Michèle Déry, professeure
Université de Sherbrooke

Mélanie Lapalme, doctorante
Université de Sherbrooke

Jean Toupin, professeur
Université de Sherbrooke

Pierrette Verlaan, professeure
Université de Sherbrooke

Robert Pauzé, professeur
Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ - L'article porte sur les caractéristiques familiales et sociales qui distinguent des élèves présentant des troubles du comportement au primaire (n=306) d'élèves non à risque (n=101). Ces caractéristiques sont examinées selon la nature et la sévérité des problèmes comportementaux présentés, c'est-à-dire selon qu'ils répondent ou non aux critères diagnostiques d'un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, d'un trouble de l'opposition avec provocation ou d'un trouble des conduites. Les résultats indiquent que les élèves qui ont ces problèmes ne se distinguent pas tous du groupe témoin, ni ne s'en différencient sur les mêmes caractéristiques sociales et familiales. Ces résultats suggèrent des interventions distinctes pour ces sous-groupes.

MOTS CLÉS - troubles du comportement - trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité - trouble de l'opposition avec provocation - troubles des conduites - école - famille

Introduction

Les élèves qui ont des troubles du comportement sont source de préoccupations pour le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) tant pour la prévalence élevée de ce type de problème que pour le pronostic plutôt sombre qui y est rattaché (Gouvernement du Québec, 1999a). En 2000, 4,1 % des garçons et 0,8 % des filles à l'école primaire étaient identifiés comme présentant des troubles du comportement et ces proportions tendent à croître d'année en année (Conseil supérieur de l'éducation, 2001). Par rapport aux autres élèves à risque, ceux-ci ont un taux d'intégration en classe régulière plutôt faible et la

grande majorité éprouvent des difficultés d'apprentissage et cumulent des retards scolaires, en plus de perturber de manière importante la gestion de la classe (Dumas, 1999; Gagnon, Boisjoli, Gendreau et Vitaro, 2006). En outre, le taux de décrochage scolaire à l'adolescence est très élevé chez ces jeunes (Fortin, Marcotte, Royer et Potvin, 2005) avec, en corollaire, un faible taux d'intégration sur le marché du travail.

Cette persistance des problèmes du primaire au secondaire a amené le MELS à cibler, parmi ses priorités de recherche, l'amélioration des connaissances relatives aux élèves présentant des troubles du comportement dans le but de mieux comprendre ces troubles et les moyens d'intervenir (Gouvernement du Québec, 1999b). De fait, l'étude des troubles du comportement apparaît comme incontournable si l'on souhaite se prononcer sur l'hétérogénéité des profils qui y sont associés, c'est-à-dire sur l'existence de sous-groupes distincts quant à la nature et l'ampleur des problèmes exprimés et sur la nécessité d'interventions différenciées. L'étude des caractéristiques familiales et sociales spécifiques à ces différents sous-groupes est tout aussi essentielle pour identifier des facteurs de risque et de protection susceptibles d'influencer l'évolution des sous-groupes. En effet, comme nous le verrons plus loin, ces caractéristiques figurent parmi les principaux facteurs explicatifs des troubles du comportement. De telles informations s'avèrent nécessaires pour l'organisation des services offerts à l'élève et la définition d'interventions différenciées.

Les travaux que nous avons entrepris dans cette perspective ont d'abord porté sur l'hétérogénéité des troubles du comportement des élèves au primaire (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2004), avec la mise en évidence de différents sous-groupes. Ces travaux sont résumés dans la première partie du texte. L'étude qui fait l'objet du présent article s'inscrit dans la suite logique de ces travaux et porte sur les caractéristiques familiales et sociales des élèves en lien avec l'hétérogénéité de leurs troubles comportementaux.

Hétérogénéité des troubles du comportement

Les définitions proposées par le MELS (Gouvernement du Québec, 2003) pour identifier les élèves présentant des troubles du comportement, tout comme celles que l'on retrouve ailleurs au Canada ou aux États-Unis, renvoient habituellement à des troubles intériorisés (anxiété, retrait, etc.) ou extériorisés (agressions, intimidation, refus d'encadrement, impulsivité, etc.). Il existe toutefois peu de données permettant d'avoir une vue d'ensemble de la nature et de l'ampleur des troubles effectivement présentés par ces élèves. Les quelques études menées sur ces aspects concourent cependant à démontrer qu'au primaire, les élèves qui reçoivent des services en lien avec des troubles du comportement présentent majoritairement des troubles de type extériorisé et que ceux-ci sont souvent sévères (Déry *et al.*, 2004; Kershaw et Sonuga-Barke, 1998; Mattison, Gadow, Sprafkin et Nolan, 2002; Place, Wilson, Martin et Hulsmeier, 2000).

Les résultats de ces études montrent également que ces élèves forment des sous-groupes hétérogènes. En effet, les études révèlent que de 46 % à 64 % des élèves

ont des problèmes de nature antisociale et que la sévérité de ceux-ci est telle qu'ils répondent aux critères diagnostiques d'un *trouble de l'opposition avec provocation* ou d'un *trouble des conduites*¹ (Déry *et al.*, 2004; Mattison *et al.*, 2002; Place *et al.*, 2000). La plupart des élèves qui ont des troubles antisociaux présentent, en plus, un *trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité* (TDAH) (Déry *et al.*, 2004; Kershaw et Sonuga-Barke, 1998). Cette conjonction de difficultés est souvent associée aux problèmes comportementaux les plus agressifs et les plus persistants (Lynam, 1996; Toupin, Déry, Pauzé, Mercier et Fortin, 2000). Le TDAH demeure néanmoins le trouble le plus fréquemment rencontré dans les échantillons et caractérise deux élèves sur trois (Mattison *et al.*, 2002), voire trois élèves sur quatre, lorsque l'identification des symptômes est faite en recourant à la fois aux observations des enseignants et des parents (Déry *et al.*, 2004; Place *et al.*, 2000). Si le TDAH s'observe le plus souvent en concomitance du trouble de l'opposition ou des conduites, on constate tout de même que 20 % à 25 % des élèves présentent uniquement ce trouble (Déry *et al.*, 2004; Kershaw et Sonuga-Barke, 1998). Enfin, environ 20 % des élèves ne manifestent que quelques symptômes de l'un ou l'autre de ces troubles extériorisés sans répondre aux critères diagnostiques (Déry *et al.*, 2004; Kershaw et Sonuga-Barke, 1998); ils ont, par conséquent, des problèmes comportementaux moins sévères².

La question est maintenant de savoir si ces différents sous-groupes d'élèves ont des caractéristiques sociales et familiales qui les différencient des élèves ordinaires.

Caractéristiques sociales et familiales

Les principaux modèles explicatifs des conduites antisociales chez l'enfant relient ces problèmes aux interactions entre des caractéristiques individuelles et des facteurs de risque sociaux et familiaux (voir par exemple les modèles de Lahey, Waldman et McBurnett, 1999; Moffitt, 2003; Snyder, Reid et Patterson, 2003). De très nombreuses études ont en effet montré que les conduites antisociales chez l'enfant sont liées à des conditions de vie difficiles, telles que la pauvreté ou le faible statut socioéconomique des familles (Loeber, Green, Keenan et Lahey, 1995; McGee et Williams, 1999; Wasserman et Seracini, 2001). Mais au-delà de ces variables, les facteurs les plus souvent en lien avec les conduites antisociales de l'enfant concernent les caractéristiques parentales (séparation ou instabilité du couple, troubles de santé mentale, abus de psychotropes, activités délictuelles), de même que celles de leurs pratiques éducatives (faible supervision, inconstance des pratiques disciplinaires, sentiment négatif à l'égard de l'enfant) (McGee et Williams, 1999; Snyder, Cramer, Afrank et Patterson, 2005; Wasserman et Seracini, 2001). En outre, ces caractéristiques familiales sont largement reconnues pour corrélérer entre elles (Wasserman et Seracini, 2001) et s'influencer (Snyder *et al.*, 2005). Au plan social, des études montrent que les conduites antisociales sont aussi associées au rejet des pairs et à la qualité variable des affiliations (Alvarez et Ollendick, 2003; Coie, Terry, Lenox, Lochman et Hyman, 1995). Ces études suggèrent donc une plus faible densité du réseau social des élèves qui ont ces problèmes comportementaux.

Les recherches effectuées sur le TDAH, quant à elles, relient davantage ce trouble à des facteurs individuels (neurologiques et génétiques) qu'à des conditions sociales et familiales difficiles (Barkley, 2005). Ce trouble étant toutefois caractérisé par l'hyperactivité et l'impulsivité, plusieurs résultats d'études montrent que la présence du TDAH chez l'enfant affecte la qualité des relations parent-enfant et des pratiques éducatives (Barkley, 2005). Mais de telles associations ne sont pas toujours observées (Rey, Walter, Plapp et Denshire, 2000) ou peuvent être imputables à la cooccurrence (non contrôlée dans les études) d'un trouble de l'opposition ou d'un trouble des conduites (Barkley, 2005). Il en va de même pour les relations sociales : si le TDAH est associé au rejet des pairs, cela semble être particulièrement le cas lorsque l'enfant présente, en plus, des comportements agressifs (Hinshaw et Melnick, 1995).

Enfin, des recherches appuient l'idée que la cooccurrence du TDAH et des conduites antisociales chez l'enfant peut être associée aux conditions sociales et familiales les plus difficiles, comparativement aux situations où l'un ou l'autre de ces problèmes sont présents. Le même phénomène est observé en ce qui concerne les caractéristiques socioéconomiques et intrafamiliales (Kuhne, Schachar et Tannock, 1997), la santé mentale des parents (Lahey *et al.*, 1988; Pfiffner *et al.*, 1999) et les activités sociales de l'enfant (Khune *et al.*, 1997). Toutefois, d'autres études montrent que les caractéristiques reliées à la situation de cooccurrence (TDAH avec conduites antisociales) ne se différencient pas de celles associées aux conduites antisociales uniquement ou au TDAH uniquement, et ce, particulièrement lorsque ces problèmes sont sévères (Szatmari, Boyle et Offord, 1989; Toupin *et al.*, 2000).

Rationnel de l'étude et objectif poursuivi

Si, dans l'ensemble, les résultats des recherches suggèrent que les différents troubles du comportement s'accompagnent de profils sociaux et familiaux distincts, ils ne permettent pas de se prononcer clairement sur ces différences. Les contradictions relevées peuvent partiellement s'expliquer par l'absence de contrôle des troubles concomitants chez l'enfant ou par des variations dans la sévérité des seuils diagnostiques utilisés pour la détection des troubles. Ce dernier point soulève, entre autres, la question des caractéristiques sociales et familiales qui distinguent les élèves qui ne présentent que quelques symptômes de troubles de comportement (sans en rencontrer les critères diagnostiques), de ceux qui n'en ont pas. Mentionnons que les études n'ont pas toujours recours à un groupe témoin, ce qui permettrait de vérifier si les caractéristiques associées à la présence des troubles sont différentes de celles que l'on observerait normalement chez des enfants vivant dans des environnements similaires (Rey *et al.*, 2000; Pfiffner *et al.*, 1999).

L'objectif de l'étude est donc d'identifier des caractéristiques sociales et familiales de différents sous-groupes d'élèves identifiés en milieu scolaire comme ayant des troubles du comportement. Pour atteindre cet objectif, l'étude tient compte de la présence ou non des diagnostics de troubles de l'opposition ou des conduites et du TDAH chez les élèves, telle qu'établie par deux informateurs, c'est-à-dire le

parent et l'enseignant. Elle compare également les caractéristiques de chaque sous-groupe à celles d'un groupe témoin. Ce faisant, l'étude ne cherche pas tant à voir si les sous-groupes se différencient entre eux, mais plutôt à déterminer si chaque sous-groupe présente, par rapport au groupe témoin, des caractéristiques qui lui sont spécifiques.

Méthode

Sélection des participants

L'étude a été menée auprès de 407 élèves du primaire, dont 306 recevant des services complémentaires pour troubles du comportement et 101 formant le groupe témoin. Les élèves ayant des troubles du comportement ont été sélectionnés au cours du dernier trimestre de l'année scolaire dans trois commissions scolaires situées en Estrie et en Montérégie. Tous les élèves des écoles participantes inscrits sur la liste des élèves qui recevaient des services complémentaires pour troubles du comportement (principal diagnostic³) et qui vivaient avec au moins un parent biologique ont été ciblés ($n = 710$). Les parents de ces élèves ont d'abord été contactés par les intervenants psychosociaux des écoles afin qu'ils consentent à participer à la recherche, à l'exception de ceux que les intervenants jugeaient préférable de ne pas contacter ($n = 42$). Parmi les 668 cas restants, 520 parents ont pu être contactés avant la fin de l'année scolaire et 62,3 % d'entre eux ont consenti à participer à la recherche. L'échantillon recruté ($n = 324$, dont 260 garçons et 64 filles) s'est avéré représentatif de la population initiale quant à la provenance des élèves, au ratio garçons-filles, au niveau scolaire et au taux de scolarisation en classe spéciale. Mentionnons que 4 % des élèves recrutés étaient identifiés en milieu scolaire comme ayant des troubles graves du comportement (codes 13 ou 14). Les analyses préliminaires que nous avons réalisées ont toutefois montré que ces enfants ne se distinguaient pas statistiquement des autres élèves recrutés sur l'ensemble des caractéristiques mesurées dans l'étude, y compris sur la nature et la sévérité des troubles présentés. Ils ont donc été conservés dans l'échantillon.

Les enseignants de 306 des 324 élèves recrutés ont accepté de participer à l'étude et de remplir un questionnaire sur la nature et la sévérité des problèmes présentés par ces enfants. Des données en provenance des parents et des enseignants sont donc disponibles pour 306 élèves ayant des troubles du comportement.

Le groupe témoin a été recruté dans les écoles primaires des secteurs ouvriers desservis par une commission scolaire de l'Estrie. Ces secteurs ont surtout été ciblés pour réduire les écarts socioéconomiques entre les élèves avec ou sans troubles du comportement. Des élèves ont d'abord été sollicités au hasard parmi les élèves de la première à la sixième année. Leurs parents ont reçu une lettre pour les informer des objectifs de l'étude et leur demander s'ils acceptaient d'y participer. Cette procédure a été répétée jusqu'à l'obtention d'un accord de participation pour environ 150 enfants. Nous avons ensuite vérifié auprès des parents que ces élèves ne recevaient pas de services complémentaires pour des troubles du comportement

durant l'année scolaire en cours et n'en avaient pas reçus durant l'année scolaire précédente. À partir de cet échantillon, nous avons tenté de constituer un groupe témoin proportionnellement apparié en âge, sexe et statut socioéconomique aux élèves présentant des troubles du comportement recrutés pour l'étude. Le groupe témoin qui a été constitué ($n = 101$) ne se distingue pas en ce qui concerne la proportion de garçons et de filles ($\chi^2 = 2,29$ [$n = 407$], *n.s.*), ni sur le statut socioéconomique ($t = -1,52$; d.l. = 405; *n.s.*), mais s'est avéré plus jeune, en moyenne, que les élèves ayant des troubles du comportement (9,1 ans vs 9,8 ans) ($t = -3,46$; d.l. = 405; $p = 0,001$) (voir le Tableau 1).

Instruments

Troubles du comportement

La Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised (Shaffer *et al.*, 1993; version française par Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et St-Georges, 1998) est un questionnaire diagnostique développé à partir des critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) (*American Psychiatric Association*, APA, 1987). Il est administré individuellement aux parents et aux enseignants par un assistant de recherche afin qu'ils identifient les symptômes du trouble de l'opposition, du trouble des conduites ou du TDAH manifestés par l'enfant à la maison ou en classe au cours de la dernière année. Les sections retenues à cette fin comportent plus de 150 questions de type oui-non. Le questionnaire a été légèrement modifié pour qu'il englobe aussi les critères les plus récents du DSM-IV-TR (APA, 2000). Les valeurs du *Kappa* calculées pour les versions DSM-III-R et DSM-IV-TR varient de 0,65 à 0,88 pour le parent et de 0,67 à 0,90 pour l'enseignant (Déry *et al.*, 2004).

Caractéristiques parentales (milieu familial)

Données socioéconomiques. Ces données sont colligées auprès des parents à l'aide d'un questionnaire de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (EQSMJ; Valla *et al.*, 1994). Les variables retenues pour la présente étude sont le niveau d'étude du parent principal (échelle nominale en 9 points), le fait que la famille soit prestataire ou non d'aide sociale et le revenu familial annuel.

Instabilité de la structure familiale. Sur la base de questions adaptée de l'EQSMJ, l'information concernant la structure actuelle de la famille (composée des deux parents, recomposée ou monoparentale) et le nombre de fois où cette structure s'est modifiée depuis la naissance de l'enfant (départ ou arrivée d'un nouveau conjoint) a été colligée auprès du parent principal. Le nombre de modifications est utilisé comme indice de l'instabilité de la structure familiale.

Problèmes de santé mentale des parents. Les problèmes de santé mentale du parent principal ont été évalués à l'aide de la version française du *Composite International Diagnostic Interview Simplified* (Fournier, Lesage, Toupin et Cyr, 1997, version révisée de Fournier et Kovess, inédite). Il s'agit d'un questionnaire dia-

agnostique comprenant près de 120 questions de type oui-non. Les sections retenues permettent d'établir, selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000), les symptômes d'anxiété et de dépression présentés par le parent et ceux reliés à l'abus ou à la dépendance de psychotropes. La comparaison des diagnostics posés à l'aide de l'instrument avec ceux posés par des psychiatres donne des valeurs de *Kappa* variant de 0,33 à 0,74, ce qui, selon Fournier et son équipe (1997), est satisfaisant compte tenu de la sévérité des critères de comparaison utilisés dans leur étude.

Démêlés avec la justice. Une question de type oui-non a été posée au parent principal pour déterminer si un membre de la famille, excluant l'enfant cible, a eu des démêlés avec la justice au cours des douze derniers mois.

Caractéristiques de la relation parent-enfant

Pratiques éducatives parentales. L'*Alabama Parenting Questionnaire* (Frick, 1991) administré au parent comporte 42 items avec échelle de type Likert en 5 points (de jamais à toujours). Il porte sur six dimensions des pratiques éducatives : l'engagement parental, les pratiques positives, le manque de supervision, l'inconstance de la discipline, les punitions corporelles et les autres pratiques disciplinaires. La cohérence interne de l'instrument est satisfaisante avec des alphas de Cronbach variant de 0,64 à 0,80 pour l'ensemble des dimensions mesurées, exception faite de la dimension des punitions corporelles (3 items) où l'alpha est de 0,46 (Shelton, Frick et Wooton, 1996).

Attitude à l'égard de l'enfant. Mise au point par Hudson (1982), l'échelle d'attitude utilisée porte sur les sentiments et perceptions que le parent éprouve dans sa relation avec l'enfant. Elle comporte 25 items évalués sur une échelle de type Likert en 5 points (de rarement à tout le temps). Notons que la cohérence interne de l'instrument est bonne avec un alpha de Cronbach de 0,90 (Hudson, 1982).

Réseau social et activités de l'élève. Une adaptation de l'échelle de compétence sociale du *Child Behavior Checklist* (Achenbach et Edelbrock, 1983) réalisée aux fins de l'EQSMJ a été employée auprès des parents. L'instrument concerne, entre autres, le nombre d'organisations sociales ou sportives dont l'enfant fait partie, le nombre d'amis de l'enfant et le nombre de fois où il a fait des activités avec eux au cours de la dernière semaine.

Résultats

Les 306 élèves ayant des troubles du comportement ont été répartis en sous-groupes selon les réponses données par les parents et les enseignants lors de la passation du questionnaire diagnostique présenté dans les pages précédentes. La présence d'un trouble (selon les critères du DSM-IV-TR) était reconnue chez l'enfant lorsque tous les symptômes nécessaires à son diagnostic étaient rapportés par au moins un des deux informateurs. Les élèves ont ainsi été classés en quatre sous-groupes : ceux présentant uniquement un TDAH (sous-groupe TDAH; $n = 73$); ceux ayant uniquement un trouble de nature antisociale, c'est-à-dire un trouble de l'opposition avec provocation ou un trouble des conduites (sous-groupe TOP/TC; $n = 26$); ceux

ayant en même temps un TDAH et un trouble de l'opposition avec provocation ou un trouble des conduites (sous-groupe TDAH+TOP/TC; n = 154); et, enfin, ceux ayant un nombre insuffisant de symptômes pour atteindre les seuils diagnostiques de l'un ou l'autre de ces troubles (sous-groupe sans TDAH ni TOP/TC; n = 53). Le tableau 1 montre que les nombres moyens de symptômes observés dans chacun des sous-groupes sont significativement plus élevés que dans le groupe témoin, à l'exception des symptômes du trouble de l'opposition avec provocation et du trouble des conduites dans le sous-groupe sans TDAH ni TOP/TC.

Trois analyses de variance multivariées ont été réalisées pour vérifier l'association entre l'appartenance aux sous-groupes et chacune des trois catégories de caractéristiques mesurées. Ce type d'analyse permet à la fois de tenir compte des interactions entre les variables dépendantes et de réduire la probabilité d'erreur de type 1 liée à la multiplication des tests statistiques (Hair, Anderson, Tatham et Black, 1998). Chaque analyse multivariée est suivie d'analyses de variance unidimensionnelles, puis d'analyses de contrastes simples pour comparer chaque sous-groupe diagnostique au groupe témoin.

TABLEAU 1

Sexe, âge et nombre moyen de symptômes de TDAH et de troubles de l'opposition ou des conduites de chaque groupe

Caractéristiques		Groupes					F (dl=4, 402)	K _{hi} 2 (dl=4)	Comparaisons (contrastes) 1,2,3,4 vs 5
		1. Sans TDAH ni TOP/TC (n=53)	2. TDAH (n=73)	3. TOP/TC (n=26)	4. TDAH+ TOP/TC (n=154)	5. Témoin (n=101)			
Sexe	G %	75,5	83,6	84,6	79,9	73,3	3,79	—	
	F %	24,5	16,4	15,4	20,1	26,7			
Âge (en année)	M	10,23	9,93	10,46	9,58	9,13	17,32	1,2,3 > 5	
	(é.t.)	(1,62)	(1,79)	(1,91)	(1,84)	(1,86)			
Nombre de symptômes TDAH	M	6,25	9,33	7,08	11,30	2,29	72,23*	1,2,3,4 > 5	
	(é.t.)	(4,47)	(4,47)	(4,33)	(4,56)	(1,70)			
Nombre de symptômes TOP/TC	M	1,26	1,45	4,69	5,62	0,36	82,04*	2,3,4 > 5	
	(é.t.)	(1,34)	(1,53)	(3,36)	(0,45)	(0,48)			

Note : TDAH = trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TOP/TC = trouble de l'opposition avec provocation ou trouble des conduites

* p < 0,001

Les élèves du groupe témoin étant légèrement plus jeunes que les élèves du groupe diagnostique, nous avons d'abord examiné les corrélations entre l'âge et les caractéristiques sociales et familiales des enfants. L'âge ne s'est avéré signifi-

tivement corrélé qu'aux caractéristiques de la relation parent-enfant (r variant de 0,12 à 0,27, $p < 0,05$). L'âge des enfants a donc été introduit comme co-variable dans les analyses se rapportant aux caractéristiques de la relation parent-enfant afin d'en contrôler statistiquement l'effet.

L'analyse de variance multivariée réalisée sur les caractéristiques parentales a révélé un effet significatif de l'appartenance aux sous-groupes (*Pillai's Trace* = 0,13; $F[28, 1596] = 1,91$; $p < 0,01$). Les résultats des analyses de variance unidimensionnelles *post hoc* présentées au Tableau 2 montrent que cet effet est attribuable au niveau d'étude du parent principal, au nombre de modifications de la structure familiale (instabilité) et aux démêlés avec la justice. Sur les deux premières caractéristiques, les analyses de contrastes indiquent que les sous-groupes TDAH, TOP/TC et TDAH+TOP/TC se distinguent du groupe témoin: les parents des élèves de ces trois sous-groupes sont, en moyenne, moins scolarisés et leur famille

TABLEAU 2
Scores moyens (écarts types) obtenus aux mesures
des caractéristiques parentales dans chaque groupe d'élèves

Caractéristiques parentales		Groupes					F (dl=4, 402)	Comparaisons (contrastes) 1,2,3,4 vs 5
		1. sans TDAH ni TOP/TC (n=53)	2. TDAH (n=73)	3. TOP/TC (n=26)	4. TDAH+ TOP/TC (n=154)	5. Témoin (n=101)		
Niveau étude-parent principal	M (é.t.)	4,70 (1,41)	4,48 (1,30)	4,19 (1,02)	4,63 (1,52)	5,07 (1,70)	2,81*	2,3,4 < 5
Aide sociale ^a	M (é.t.)	0,26 (0,43)	0,32 (0,47)	0,31 (0,47)	0,29 (0,45)	0,36 (0,48)	0,61	
Revenu familial total	M (é.t.)	31349 (20087)	28870 (19328)	38673 (21617)	32172 (20527)	32847 (20537)	1,19	
Instabilité familiale	M (é.t.)	0,53 (1,20)	0,77 (1,75)	0,73 (1,25)	0,49 (1,00)	0,21 (0,52)	2,96*	2,3,4 > 5
Symptômes anxiété/dépression	M (é.t.)	5,02 (4,63)	6,00 (5,24)	5,88 (5,21)	6,76 (5,11)	5,79 (4,98)	1,38	
Symptômes abus/dépendance	M (é.t.)	1,13 (2,73)	1,07 (2,50)	1,58 (2,83)	1,86 (3,76)	1,15 (2,95)	1,28	
Démêlés avec la justice ^a	M (é.t.)	0,11 (0,32)	0,14 (0,35)	0,08 (0,27)	0,12 (0,32)	0,01 (0,10)	2,93*	1,2,4 > 5

Note : TDAH= trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TOP/TC= trouble de l'opposition avec provocation ou trouble des conduites

^a Variable discrète traitée dans les analyses comme variable muette

* $p < 0,05$

ont connu plus d'instabilité. Les sous-groupes d'élèves sans TDAH ni TOP/TC et ceux caractérisés par le TDAH (avec ou sans TOP/TC) proviennent également de familles où les démêlés avec la justice sont plus nombreux que dans le groupe témoin.

L'analyse de covariance effectuée pour vérifier si les sous-groupes se différencient par rapport aux caractéristiques de la relation parent-enfant a révélé, comme attendu, un effet multivarié de la covariable « âge de l'enfant » (*Pillai's Trace* = 0,18; $F[7, 395] = 12,33$; $p < 0,001$). Au-delà de cet effet, le modèle demeure significatif et montre aussi un effet de l'appartenance aux sous-groupes (*Pillai's Trace* = 0,30; $F[28, 1592] = 4,66$; $p < 0,001$). Les analyses unidimensionnelles subséquentes indiquent un effet significatif sur cinq des sept caractéristiques de la relation parent-enfant (voir le Tableau 3). Sur ces caractéristiques, les quatre sous-groupes

TABLEAU 3

Scores moyens ajustés^a (erreur type) obtenus aux mesures de la relation parent-enfant dans chaque groupe d'élèves

Relations parent-enfant		Groupes					F (dl=4, 401)	Comparaisons (contrastes) 1,2,3,4 vs 5
		1. sans TDAH ni TOP/TC (n=53)	2. TDAH (n=73)	3. TOP/TC (n=26)	4. TDAH+ TOP/TC (n=154)	5. Témoin (n=101)		
Engagement	M ^a (erreur type)	3,83 (0,07)	3,80 (0,06)	3,62 (0,10)	3,72 (0,04)	3,99 (0,05)	4,96**	2,3,4 < 5
Pratiques positives	M ^a (erreur type)	4,20 (0,07)	4,25 (0,06)	4,14 (0,10)	4,26 (0,04)	4,30 (0,05)	0,83	
Manque supervision	M ^a (erreur type)	1,41 (0,05)	1,46 (0,05)	1,53 (0,08)	1,49 (0,03)	1,37 (0,04)	1,82	
Inconstance discipline	M ^a (erreur type)	2,48 (0,08)	2,61 (0,07)	2,69 (0,12)	2,80 (0,05)	2,41 (0,06)	7,61**	2,3,4 > 5
Punition corporelle	M ^a (erreur type)	1,49 (0,07)	1,47 (0,06)	1,56 (0,10)	1,56 (0,04)	1,33 (0,05)	3,26*	3,4 > 5
Autres pratiques disciplinaires	M ^a (erreur type)	2,69 (0,06)	2,70 (0,05)	2,81 (0,08)	2,84 (0,03)	2,47 (0,04)	13,00**	1,2,3,4 > 5
Attitude négative	M ^a (erreur type)	14,87 (1,41)	15,38 (1,19)	18,69 (2,01)	23,47 (0,82)	9,36 (1,02)	30,95**	1,2,3,4 > 5

Note : TDAH = trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TOP/TC = trouble de l'opposition avec provocation ou trouble des conduites

^a Moyenne ajustée selon l'âge de l'enfant (utilisé en covariable)

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

d'élèves ayant des troubles du comportement ont des scores significativement plus élevés que le groupe témoin en ce qui concerne les autres pratiques disciplinaires et les attitudes parentales négatives. Les sous-groupes TDAH, TOP/TC et TDAH+TOP/TC se distinguent aussi par des scores d'engagement parental plus faibles et des scores d'inconstance dans la discipline plus élevés. Seuls les élèves ayant un trouble de nature antisociale (sous-groupes TOP/TC et TDAH+TOP/TC) sont caractérisés par des pratiques disciplinaires impliquant plus fréquemment des punitions corporelles.

Enfin, la dernière analyse de variance multivariée effectuée sur les caractéristiques sociales des enfants révèle aussi un effet de l'appartenance aux groupes (*Pillai's Trace* = 0,06 ; $F[12, 1206] = 1,86$; $p < 0,05$). Toutefois, seul le nombre d'amis proches distingue les sous-groupes (voir le Tableau 4) : les élèves du sous-groupe TDAH+TOP/TC ont significativement moins d'amis que les élèves du groupe témoin.

TABLEAU 4
Scores moyens (écarts types) obtenus aux mesures des caractéristiques sociales de l'enfant dans chaque groupe d'élèves

Indicateurs de compétences sociales		Groupes					F (dl=4, 402)	Comparaisons (contrastes) 1,2,3,4 vs 5
		1. sans TDAH ni TOP/TC (n=53)	2. TDAH (n=73)	3. TOP/TC (n=26)	4. TDAH+ TOP/TC (n=154)	5. Témoin (n=101)		
Nombre organisations	M (é.t.)	0,49 (0,78)	0,56 (0,78)	0,46 (0,58)	0,50 (0,73)	0,61 (0,85)	0,47	
Nombre amis proches	M (é.t.)	2,84 (1,42)	2,90 (1,44)	2,98 (1,63)	2,46 (1,39)	3,23 (1,38)	4,65*	4 < 5
Nombre activités	M (é.t.)	2,90 (2,41)	2,42 (2,09)	3,02 (2,06)	2,60 (2,46)	2,51 (2,27)	0,58	

Note : TDAH = trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

TOP/TC = trouble de l'opposition avec provocation ou trouble des conduites

* $p < 0,001$

Discussion

Les analyses effectuées montrent que les sous-groupes d'élèves, en ayant des troubles du comportement, ne se distinguent pas tous de la même manière du groupe témoin, ni ne s'en différencient sur les mêmes caractéristiques familiales et sociales. Deux sous-groupes retiendront d'abord notre attention : celui des élèves dont le nombre de symptômes ne rejoint pas les critères du TDAH ou d'un trouble antisocial, et celui des élèves présentant uniquement un TDAH.

Nos résultats suggèrent que les caractéristiques sociales et familiales du sous-groupe sans TDAH ni TOP/TC se rapprochent beaucoup de celles observées dans le groupe témoin. Cela est vrai tant pour ce qui est de la densité du réseau d'amis et des activités sociales de l'enfant (deux indicateurs de sa compétence sociale) que de l'ensemble des caractéristiques parentales mesurées, à l'exception des démêlés avec la justice ; cette dernière caractéristique est reconnue pour être plus spécifique aux familles d'enfants ayant des problèmes de nature antisociale (Moffitt, 2003 ; Wasserman et Seracini, 2001). Sur le plan de la relation parent-enfant, les parents des élèves sans TDAH ni troubles antisociaux recourent à des pratiques disciplinaires plus diversifiées (mais autres que les punitions corporelles) et de manière plus fréquente que les parents des élèves du groupe témoin.

Ces parents ont aussi une attitude plus négative à l'égard de l'enfant. Mais les uns comme les autres font preuve d'un engagement similaire auprès de leur enfant et utilisent autant les pratiques positives (par exemple, féliciter ou récompenser l'enfant). Ils ne se distinguent pas non plus en ce qui a trait à la supervision ou à la constance de la discipline.

L'ensemble de ces résultats suggère donc que les élèves qui ont des troubles du comportement relativement peu sévères vivent dans des milieux sociaux et familiaux comportant des ressources similaires à celles des familles des élèves du groupe témoin. Notamment, l'engagement parental, les pratiques positives et la constance de la discipline apparaissent comme des forces de la relation parent-enfant sur lesquelles les intervenants peuvent miser dans un programme axé sur la modification des comportements problèmes.

Par contre, les élèves qui ont un TDAH uniquement semblent vivre dans des familles disposant de nettement moins de ressources. Une étude sur les caractéristiques sociales et familiales des enfants ayant ce trouble laisse supposer qu'ils se distingueraient des élèves du groupe témoin surtout dans la sphère relationnelle (Barkley, 2005). Or nos résultats indiquent qu'ils s'en différencient non seulement au plan de la relation parent-enfant (par des pratiques éducatives moins engagées, moins constantes, plus punitives et une attitude plus négative à l'égard de l'enfant) mais, aussi, en ce qui a trait aux caractéristiques parentales (parents moins scolarisés, familles plus instables et plus de démêlés avec la justice). En fait, et de manière surprenante, les différences constatées entre les caractéristiques du sous-groupe TDAH et du groupe témoin sont à peu près similaires à celles qui distinguent le sous-groupe TDAH+TOP/TC, voire le sous-groupe TOP/TC.

Barkley (2005) soulignait que de telles différences dans les caractéristiques familiales des enfants ayant un TDAH pouvaient être imputables à la cooccurrence d'un trouble de nature antisociale non contrôlée dans les études. Si cette possibilité est à exclure ici, nous avons toutefois constaté que le sous-groupe TDAH présente plus de symptômes de trouble de l'opposition avec provocation ou de trouble des conduites que le groupe témoin. Ces symptômes pourraient expliquer la similitude des caractéristiques familiales entre les élèves du sous-groupe TDAH

et ceux qui ont un trouble antisocial. Un tel résultat suggérerait, en outre, que ces sous-groupes d'élèves ne constituent pas des catégorisations très étanches pour lesquelles des interventions très différenciées devraient être définies. Toutefois, l'étude n'en démontre pas moins que les familles des élèves qui ont « uniquement » un TDAH présentent plusieurs facteurs de risque, ce qui devrait entraîner une intervention ciblée sur ce plan.

Quant aux sous-groupes TOP/TC et TDAH+TOP/TC, ils se distinguent chacun du groupe témoin sur sensiblement les mêmes caractéristiques familiales. Ces différences portent sur les conditions de vie plus difficiles et les relations parent-enfant plus détériorées, comme le laissait prévoir la littérature scientifique sur les troubles de nature antisociale (Alvarez et Ollendick, 2003 ; Gagnon *et al.*, 2006). Il est à noter que seuls ces troubles sont associés à plus de punitions corporelles, caractéristique que des auteurs présentent comme plus spécifique aux troubles antisociaux (Wasserman et Seracini, 2001).

Si les résultats de l'étude suggèrent que ces deux derniers sous-groupes bénéficieraient d'interventions axées sur le milieu familial, en particulier sur les pratiques éducatives et la relation parent-enfant, le sous-groupe TDAH+TOP/TC devrait aussi faire l'objet d'une attention particulière sur le plan social. L'étude montre en effet qu'il s'agit du seul sous-groupe qui se distingue du groupe témoin par une plus faible densité du réseau de pairs. Ce résultat suggère, à l'instar des résultats obtenus dans l'étude de Kuhne et son équipe (1997), que les élèves qui présentent à la fois un TDAH et un trouble de l'opposition avec provocation ou un trouble des conduites vivent des difficultés plus généralisées, s'observant autant dans les sphères de vie familiale que sociale. Par conséquent, l'intervention auprès de ces jeunes et de leur famille devrait être plus diversifiée et intensifiée.

Limites de l'étude et conclusion

Le nombre d'élèves par sous-groupe, particulièrement faible dans le sous-groupe TOP/TC ($n = 26$), restreint la puissance statistique nécessaire à l'observation de différences plus fines ou plus généralisées avec le groupe témoin. Il s'agit d'une limite importante de l'étude. De plus, toutes les variables éventuellement pertinentes à l'observation des différences entre les sous-groupes diagnostiques et le groupe témoin n'ont pas été mesurées. Notamment, en mettant l'accent sur les caractéristiques familiales et sociales des élèves, l'étude n'a pas considéré le rôle que l'école peut jouer dans la manifestation des comportements problèmes. Bien que les caractéristiques scolaires ne soient que rarement la source première des troubles du comportement (Dumas, 1999 ; Lanaris, 2006), le type d'encadrement pédagogique, le style éducatif de l'enseignant, le climat de la classe sont autant de variables qui peuvent avoir une répercussion sur la présence de ces troubles (Lanaris, 2006). En conséquence, les sphères d'intervention auprès des différents sous-groupes d'élèves pourraient en être élargies. Rappelons aussi que ce sont les parents qui ont identifié leurs propres caractéristiques par l'intermédiaire de

questionnaires. Un biais possible, relatif à la désirabilité sociale, ne peut donc être exclu ; un biais qui a pu éventuellement jouer sur les écarts entre les sous-groupes diagnostiques et le groupe témoin. Enfin, la portée de nos résultats est aussi limitée par la représentativité de l'échantillon. L'étude n'ayant été menée que dans des commissions scolaires de deux régions administratives, la généralisation à plus large échelle doit se faire avec prudence.

C'est dans le cadre de ces limites que notre étude soutient l'idée que la nature et plus particulièrement l'hétérogénéité des troubles du comportement présentés par les élèves peuvent être associées à des caractéristiques familiales et sociales différentes. Dans la mesure où ces caractéristiques renseignent sur des facteurs de risque et de protection auxquels sont exposés les élèves, ce sont des informations essentielles pour cibler et ajuster l'intervention. Considérant, toutefois, la sévérité des problèmes comportementaux présentés par les élèves – plus de 80 % d'entre eux répondent aux critères diagnostiques pour au moins un trouble de la santé mentale – et le fait qu'une portion importante de ceux-ci nécessite, au-delà des services scolaires spécialisés, une intervention dans leur milieu de vie familial, on peut se demander si l'école peut, à elle seule, supporter le fardeau de l'intervention. Il semble évident que des actions intersectorielles concertées s'avèrent nécessaires, tout particulièrement avec des partenaires des services de santé et des services sociaux (CSSS, Centres jeunesse). Les études subséquentes devraient se centrer sur le suivi des élèves afin, notamment, de documenter la stabilité des diagnostics et d'examiner le rôle des caractéristiques de l'école et des services scolaires pour infléchir la trajectoire des différents troubles du comportement présentés.

Notes

1. Le trouble de l'opposition avec provocation et le trouble des conduites sont décrits parmi les troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence (American Psychiatric Association, 2000). Le premier fait référence à une façon d'être négative et hostile, caractérisée par l'argumentation, le refus d'obéir, l'irritabilité et les crises de colère. Le second constitue un ensemble de conduites répétitives et persistantes d'agression, de destruction de biens matériels, de mensonges, de vols ou de violation des règles.
2. Il est à noter que ce dernier groupe ne se caractérise pas, non plus, par des troubles intériorisés. Ce type de trouble n'est que rarement observé dans les études. Dans notre échantillon, à peine 2 % des élèves avaient un trouble intériorisé (dépression ou anxiété) selon le parent ou l'élève lui-même.
3. Selon les définitions du MELS (Gouvernement du Québec, 2003), tous ces élèves étaient identifiés à risque en milieu scolaire en raison d'un trouble de comportement ou répondaient aux critères des codes 13 ou 14 pour troubles graves du comportement.

ABSTRACT - This article examines the family and social characteristics that distinguish primary level students who show behaviour difficulties (n=306) from those that are not at risk (n=101). These characteristics are examined according to the nature and severity of the behaviour problems presented, that is, the extent to which these resemble diagnostic criteria of those considered attention deficit hyperactivity, those considered as oppositional defiant when provoked, and those with conduct disorders. The results show that not all students who have these problems are differentiated from the control group, nor are they differentiated on these same family and social characteristics. These results suggest specific intervention for these subgroups.

RESUMEN - El artículo trata de las características familiares y sociales que distinguen alumnos que presentan trastornos de conducta en la primaria (n = 306) de alumnos que no son de riesgo (n = 101). Estas características son examinadas según la naturaleza y la severidad de los problemas de conducta presentados, es decir según responden o no a los criterios diagnósticos de un trastorno deficitario de la atención/hiperactividad, de un trastorno de oposición con provocación o de un trastorno de conductas. Los resultados indican que no todos los alumnos que presentan estos problemas se distinguen del grupo piloto, ni se diferencian de él por las mismas características sociales y familiares. Estos resultados sugieren intervenciones distintas para estos subgrupos.

Références

- Achenbach, T.M. et Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Profile*. New York, NY: Queen City Printers.
- Alvarez, H.K. et Ollendick, T.H. (2003). Individual and psychosocial risk factors. In C.A. Essau (dir.), *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment* (p. 97-116). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA (3^e éd.).
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA (4^e éd.).
- Barkley, R.A. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook of diagnosis and treatment*. New York, NY: Guilford (3^e éd.).
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C. et St-Georges, M. (1998). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.25) in Quebec. Reliability findings in the light of the MECA study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.
- Coie, J.D., Terry, R., Lenox, K., Lochman, J. et Hyman, C. (1995). Childhood peer rejection and aggression as predictors of stable patterns of adolescent disorders. *Development and Psychopathology*, 7, 697-713.
- Conseil supérieur de l'éducation (2001). *Les élèves en difficulté de comportement à l'école primaire: comprendre, prévenir, intervenir*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Déry, M., Toupin, J., Puzé, R. et Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 769-775.
- Dumas, J.E. (1999). Les troubles du comportement: le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. In J.E. Dumas (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 227-278). Bruxelles: De Boeck.
- Fortin, L., Marcotte, D., Royer, É. et Potvin, P. (2005). Facteurs personnels, scolaires et familiaux différenciant les garçons en problèmes de comportement du secondaire qui ont décroché ou non de l'école. *Nouveaux Cahiers de la Recherche en Éducation*, 8(2), 79-88.
- Fournier, L., Lesage, A.D., Toupin, J. et Cyr, M. (1997). Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: A Montreal catchment area study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 737-742.
- Frick, P.J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*. Tuscaloosa: The University of Alabama.
- Gagnon, C., Boisjoli, R., Gendreau, P.L. et Vitaro, F. (2006). Le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites. In L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles du comportement à l'école* (p. 17-27). Montréal: Gaëtan Morin.
- Gouvernement du Québec (1999a). *Une école adaptée à tous ses élèves. Politique de l'adaptation scolaire*. Québec: ministère de l'Éducation.
- Gouvernement du Québec (1999b). *Une école adaptée à tous ses élèves. Plan d'action en matière d'adaptation scolaire*. Québec: ministère de l'Éducation.

- Gouvernement du Québec (2003). *Identification des élèves à risque présentant la caractéristique de retard d'apprentissage (aux 1^{er}, 2^e et 3^e cycles du primaire) et de ceux présentant des troubles du comportement. Annexe au document ministériel (19-6505) intitulé Éléves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage (EHDA) : Définitions*. Québec: ministère de l'Éducation.
- Hair, J.F.Jr., Anderson, R.E., Tatham, R.L. et Black, W.C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall (5^e éd.).
- Hinshaw, S.P. et Melnick, S.M. (1995). Peer relationship in boys with attention deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Developmental Psychopathology*, 7, 627-647.
- Hudson, W.W. (1982). *The clinical measurement package: A field manual*. Homewood, IL: Dorsey.
- Kershaw, P. et Sonuga-Barke, E. (1998). Emotional and behavioural difficulties: Is this a useful category? The implications of clustering and co-morbidity, the relevance of a taxonomic approach. *Educational and Child Psychology*, 15, 45-55.
- Kuhne, M., Schachar, R. et Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1715-1725.
- Lahey, B.B., Piacentini, J.C., McBurnett, K., Stone, P., Hartdagen, S. et Hynd, G. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 163-170.
- Lahey, B.B., Waldman, I.D. et McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682.
- Lanaris, C. (2006). Les interventions proactives et l'encadrement pédagogique. In L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles du comportement à l'école* (p. 141-160). Montréal: Gaëtan Morin.
- Loeber, R., Green, S.M., Keenan, K. et Lahey, B.B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six years longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 499-509.
- Lynam, D. (1996). The early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin*, 120, 209-234.
- Mattison, R.E., Gadow, K.D., Sprafkin, J. et Nolan, E.E. (2002). Discriminant validity of a DSM-IV-based teacher checklist: Comparison of regular and special education students. *Behavioral Disorders*, 27, 304-316.
- McGee, R. et Williams, S. (1999). Environmental risk factors in oppositional-defiant disorder and conduct disorder. In H.C. Quay et A.E. Hogan (dir.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (p. 419-440). New York, NY: Plenum Publishers.
- Moffitt, T.E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10 year research review and a research agenda. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt et A. Caspi (dir.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 49-75). New York, NY: Guilford Press.
- Pfiffner, L.J., McBurnett, K., Lahey, B.B., Loeber, R., Green, S., Frick, P. et Rathouz, P.J. (1999). Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with

attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 881-893.

- Place, M., Wilson, J., Martin, E. et Hulsmeier, L. (2000). The frequency of emotional and behavioural disturbance in an EBD school. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5, 76-80.
- Rey, J.M., Walter, G., Plapp, J.M. et Denshire, E. (2000). Family environment in attention deficit hyperactivity, oppositional defiant and conduct disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 453-457.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Conners, C.K. et Regier, D. (1993). The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643-650.
- Shelton, K.K., Frick, P.J. et Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-329.
- Snyder, J., Cramer, A., Af Frank, J. et Patterson, G. (2005). The contribution of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. *Developmental Psychology*, 41, 30-41.
- Snyder, J., Reid, J. et Patterson, G. (2003). A social learning model of child and adolescent antisocial behaviour. In B.B. Lahey, T.E. Moffitt et A. Caspi (dir.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 27-48). New York, NY: Guilford Press.
- Szatmari, P., Boyle, M. et Offord, D.R. (1989). ADDH and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 865-872.
- Toupin, J., Déry, M., Pauzé, R., Mercier, H. et Fortin, L. (2000). Social and cognitive contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 333-344.
- Valla, J.P., Breton, J.J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L. et Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans. Rapport synthèse*. Montréal: Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé Québec.
- Wasserman, G.A. et Seracini, A.M. (2001). Family risk factors and interventions. In R. Loeber et D.P. Farrington (dir.), *Child delinquents: Development, intervention, and services needs* (p. 165-189). Thousand Oaks, CA: Sage.