

DISTORSIONS COGNITIVES ET SYMPTÔMES PRÉCURSEURS DE LA CONCOMITANCE DÉPRESSION / TROUBLES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ADOLESCENTS

COGNITIVE DISTORTIONS AND PRECURSOR SYMPTOMS OF COMORBIDITY BETWEEN DEPRESSION AND CONDUCT DISORDER IN ADOLESCENTS

Valérie Ouellette

Université du Québec à Montréal

Diane Marcotte¹

Université du Québec à Montréal

Depuis déjà quelques décennies, une augmentation considérable de la dépression et des troubles de comportement tels que le trouble des conduites et d'opposition avec provocation est rapportée chez les enfants et les adolescents (Dumas, 2002; Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001). Ces deux troubles sont les plus souvent rencontrés chez les jeunes qui consultent des professionnels de la santé mentale et ils ont de graves conséquences sur le développement de ces jeunes (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey, & Grant, 1993).

Bien que ces troubles soient différents, ils se présentent souvent en même temps chez un même jeune, ce qui entraîne une accumulation de conséquences néfastes dans sa vie. En effet, ils vivent une détresse plus grande, ils sont plus à risque de présenter des difficultés d'adaptation et une récurrence de dépression, ils présentent plus de comportements suicidaires et d'abus de drogue (Kovacs, Paulauskas, Gatsonis, & Richards, 1988; Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994; Rohde, Clarke, Lewinsohn, Seeley, & Kaufman, 2001). De plus, la criminalité et la personnalité antisociale à l'âge adulte sont aussi associées à cette concomitance (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles, & Hill, 1991).

Nous savons que la présence de symptômes dépressifs ou de trouble des conduites prédit respectivement l'apparition de ces troubles (Hammen & Rudolph, 2003). Toutefois, très peu d'études ont exploré les symptômes précurseurs de la concomitance de ceux-ci. Par ailleurs, plusieurs modèles théoriques appuient l'importance des facteurs cognitifs dans l'explication de la dépression, des troubles de comportement et de la concomitance de ces troubles (Beck, 1987; Dodge, 1993; Reinecke, 1995). Dans cet article, à la suite d'une description de chacun des troubles, nous présentons notre

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Qc), H3C 3P8. Téléphone : (514) 987-3000. Télécopieur : (514) 987-7953. Courriel : marcotte.diane@uqam.ca
Cette étude a été réalisée grâce aux subventions du Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec (93894) et du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (410-2003-699). Un remerciement particulier est adressé aux élèves et au personnel des écoles ayant participé à l'étude.

étude qui explore les distorsions cognitives et les symptômes précurseurs de la concomitance de la dépression et des troubles de comportement.

DÉPRESSION

Au Québec, environ 16 % des élèves de deuxième secondaire (10 % des garçons et jusqu'à 25 % des filles) présentent un taux élevé de symptômes dépressifs (Marcotte, 2000). Avant l'adolescence, le nombre de garçons déprimés est égal, sinon supérieur à celui des filles (American Psychiatric Association, 2000). À l'adolescence, la tendance s'inverse pour un ratio de deux filles pour un garçon déprimé (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Cette augmentation chez les filles serait liée à leur faible estime de soi et à la maturation pubertaire qui amène des changements corporels moins appréciés par celles-ci que par les garçons (Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Hops, 1991; Marcotte, 1995). La synchronie entre l'arrivée de la puberté pour les filles et la transition primaire-secondaire s'ajoute à l'explication de la différence de prévalence de dépression entre les sexes à l'adolescence (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Ces deux événements de vie amènent un stress supplémentaire chez les filles. Leurs sentiments dépressifs sont aussi alimentés par la façon dont elles font face aux événements stressants de leur vie. En effet, les filles sont davantage passives, ruminent davantage et ont des styles attributionnels intériorisés, tandis que les garçons sont plus actifs et ont des stratégies d'adaptation instrumentales (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

TROUBLES DE COMPORTEMENT

Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), de 2 à 16 % des enfants et des adolescents présentent un trouble oppositionnel avec provocation. Par ailleurs, le trouble des conduites se retrouve chez 6 à 16 % des garçons et 2 à 9 % des filles. Le trouble oppositionnel avec provocation débute généralement avant l'âge de huit ans et il se développe rarement après l'adolescence. L'arrivée de l'adolescence est plutôt marquée par une augmentation du trouble des conduites (Cohen, Cohen, & Brook, 1993). Il y a toutefois un grand chevauchement entre ces deux troubles (Loeber & Keenan, 1994).

Avant la puberté, la prévalence du trouble oppositionnel avec provocation est supérieure chez les garçons, comparativement aux filles. Une telle différence entre les sexes existe aussi pour le trouble des conduites. Cependant, à l'adolescence, la différence entre garçons et filles semble diminuer, particulièrement pour le trouble oppositionnel avec provocation (American Psychiatric Association, 2000). En effet, selon Zoccolillo (1993), le trouble des conduites se retrouverait de 3 à 4 fois plus fréquemment chez les garçons que chez les filles.

CONCOMITANCE DÉPRESSION – TROUBLES DE COMPORTEMENT

Depuis les années 1980, plusieurs chercheurs ont étudié la prévalence de la concomitance dépression – troubles de comportement. Un consensus existe selon lequel il s'agit d'un phénomène très commun chez les enfants et les adolescents présentant un trouble dépressif ou un trouble des conduites (Lewinsohn & Essau, 2002). Toutefois, les recherches ne sont pas concluantes et les taux de prévalence varient beaucoup.

Concomitance chez les jeunes dépressifs

Selon Essau, Conradt et Petermann (2000), 58 % des jeunes dépressifs présentent un trouble concomitant. Cependant, les taux de prévalence d'enfants et d'adolescents dépressifs présentant un trouble de comportement concomitant se situeraient entre 8 % et 58 % (Ezpeleta, Granero, & Doménech, 2005; Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1991). Ces pourcentages sont toujours plus élevés dans les études en milieu clinique et lorsqu'on tient compte de la comorbidité à vie comparativement à la comorbidité concurrente.

Concomitance chez les jeunes en trouble de comportement

Les études épidémiologiques montrent que plus de la moitié des jeunes en trouble des conduites présentent simultanément un autre trouble (Offord, Boyle, & Racine, 1991). Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont trois à cinq fois plus fréquents chez les enfants et les adolescents manifestant un trouble des conduites que chez ceux qui n'en manifestent pas (Zoccolillo, 1992). Selon Zoccolillo, le taux de dépression chez les jeunes présentant un trouble des conduites est de 15 % à 31 %. Toutefois, les études effectuées en milieu clinique ou en centre de délinquance montrent des taux plus élevés, c'est-à-dire de 40,4 % à 52 % (Barriga, Landau, Stinson, Liau, & Gibbs, 2000; Ezpeleta et al., 2005).

Selon Loeber et Keenan (1994), la prévalence de la concomitance de la dépression et des troubles de comportement augmente de l'enfance à l'adolescence. Toutefois, il existerait des profils spécifiques à chaque sexe qui s'expliqueraient par des changements liés au sexe selon l'âge. Pour les garçons, il y aurait une diminution de la concomitance entre l'enfance et l'adolescence, tandis que le contraire se produirait chez les filles. La concomitance d'un trouble intériorisé (dépression, dysthymie ou anxiété) avec le trouble des conduites serait toujours plus fréquente chez les filles que chez les garçons (Zoccolillo, 1993). Cependant, les garçons dépressifs auraient un taux plus élevé de trouble des conduites concomitant que les filles dépressives (Kessler et al., 2001).

SÉQUENCE D'APPARITION DES TROUBLES

Bien qu'il y ait consensus chez les chercheurs quant à une augmentation marquée de la prévalence de la dépression, du trouble des conduites et de leur concomitance, spécialement chez les filles, lors de l'arrivée de l'adolescence, on ne sait pas lequel des troubles apparaît avant l'autre (Birmaher et al., 1996). Certains affirment que la dépression est un précurseur du trouble des conduites débutant à l'adolescence (Masten, 1988; Puig-Antich, 1982), ceci particulièrement pour les garçons (McGee, Feehan, Williams, & Anderson, 1992). D'autres chercheurs affirment plutôt que c'est le trouble des conduites qui est précurseur de la dépression chez certains enfants (Holmes & Robins, 1987; Rohde et al., 1991).

Par ailleurs, il est difficile d'établir la séquence d'apparition de chacun des troubles (dépression, trouble des conduites) à partir de l'âge moyen d'apparition de ceux-ci. En effet, selon Lewinsohn, Rohde, Seeley et Hops (1991) la dépression apparaît en moyenne à 14,4 ans ($ÉT = 2,7$), alors que la période la plus à risque pour le développement d'un trouble des conduites est entre 11 et 14 ans (Kovacs et al., 1988). Seul le trouble d'opposition avec provocation apparaît plus tôt (avant 8 ans). Il faut mentionner cependant que très peu d'études portent sur la concomitance de ce dernier trouble et de la dépression.

DISTORSIONS COGNITIVES ASSOCIÉES

Plusieurs modèles théoriques appuient l'importance des facteurs cognitifs dans l'explication de la dépression, des troubles de comportement et de la concomitance de ces troubles (Beck, 1987; Dodge, 1993; Reinecke, 1995). Bien que les distorsions cognitives soient au cœur de ces théories, très peu d'études ont tenté de vérifier le rôle de celles-ci dans l'apparition et le développement de la concomitance de la dépression et des troubles de comportement.

Troubles intériorisés

Quelques études ont exploré les distorsions cognitives liées au modèle de Beck chez les jeunes dépressifs, ceux qui manifestent un trouble des conduites et ceux qui présentent une concomitance des deux troubles. Dans l'étude d'Epkins (2000) réalisée auprès d'enfants de 8 à 12 ans, les distorsions cognitives de *catastrophisation*, de *surgénéralisation*, de *personnalisation* et d'*abstraction sélective* (selon le *Children's Negative Cognitive Error Questionnaire*, CNCEQ; Leitenberg, Yost, & Carroll-Wilson, 1986) se sont révélées être spécifiques aux troubles intériorisés (dépression et anxiété). De plus, les résultats montrent que pour chacune des sous-échelles, le groupe concomitant (troubles intériorisés et troubles

extériorisés) ressemble au groupe intériorisé et se différencie des groupes contrôle et extériorisé.

Selon une autre étude réalisée par Lévesque et Marcotte (2005), les distorsions cognitives liées à la *réussite* et à la *dépendance* (selon l'*Échelle des attitudes dysfonctionnelles*; Weissman & Beck, 1978) sont associées aux symptômes dépressifs et à la concomitance des symptômes dépressifs et des troubles de comportement. Les élèves présentant ceux-ci se distinguent des jeunes ne présentant aucun trouble et de ceux en trouble des conduites ou délinquants. Enfin, une dernière étude montre que les adolescents présentant un nombre élevé de symptômes dépressifs et de conduites délinquantes sont plus nombreux à présenter ces distorsions cognitives comparativement aux jeunes ne présentant aucun trouble. Ils ne diffèrent toutefois pas des jeunes du groupe de jeunes dépressifs ou du groupe présentant des conduites délinquantes (Marcotte, Marcotte, & Bouffard, 2002). Ces dernières études ont une limite commune, c'est-à-dire qu'elles évaluent les distorsions cognitives à partir d'un seul instrument, développé pour évaluer ces dernières en lien avec la dépression.

Troubles extériorisés

Les distorsions cognitives associées aux troubles extériorisés sont réparties en deux grandes catégories : primaires et secondaires (Gibbs, 1991). La première comprend les attitudes dysfonctionnelles *centrées sur soi* (faire ce qu'on veut, comme on le veut et quand on le veut selon ses désirs). Ce type de biais découle de l'égoïsme de la pensée et diminue avec l'âge (Barriga, Gibbs, Potter, & Liau, 2001). Trois types de distorsions cognitives secondaires serviraient à rationaliser un comportement avant ou à la suite de la transgression de règles. Elles diminueraient ainsi la culpabilité, le stress lié aux distorsions cognitives primaires et elles préviendraient l'atteinte de l'image de soi (Barriga et al., 2001; Gibbs, 1991). Le premier type est de *blâmer les autres*. Le deuxième est la *minimisation*, c'est-à-dire considérer que les comportements antisociaux n'ont pas de conséquences négatives, qu'ils sont acceptés, voire admirés, ou encore rabaisser les autres. Enfin, le dernier type de distorsions cognitives est de *présumer le pire*, c'est-à-dire d'attribuer des intentions hostiles aux autres sans que ce ne soit le cas ou s'imaginer le pire scénario et croire que cela est inévitable.

À notre connaissance, seules deux études ont exploré les liens entre les distorsions cognitives liées au trouble des conduites, à la dépression et à la concomitance de ceux-ci. À partir du questionnaire *How I Think* (Gibbs, Barriga, & Potter, 2001), Barriga et ses collaborateurs (2000) ont trouvé que les distorsions cognitives de *présumer le pire*, de la *pensée centrée sur soi*, de la *minimisation* et de *blâmer les autres* prédisaient les

troubles extériorisés. De plus, les distorsions cognitives de *catastrophisation*, de *surgénéralisation*, de *personnalisation* et d'*abstraction sélective* (CNCEQ; Leitenberg et al., 1986) prédisaient les troubles intériorisés. Enfin, les jeunes manifestant une concomitance des troubles extériorisés et intériorisés présentaient les deux types de distorsions.

L'autre étude a été réalisée auprès d'adolescents délinquants (Frey & Epkins, 2002). Les adolescents délinquants agressifs qui présentaient aussi un trouble intériorisé avaient plus de distorsions d'*abstraction sélective*, de *surgénéralisation* et de *catastrophisation* comparativement aux adolescents délinquants non agressifs et sans trouble intériorisé. Les résultats au questionnaire *How I Think* montrent que les adolescents agressifs et ayant un trouble intériorisé présentent plus de distorsions cognitives aux sous-échelles *présumer le pire* et *blâmer les autres* comparativement aux adolescents délinquants non agressifs et ne présentant pas de trouble intériorisé. Ils présentent aussi plus de distorsions à l'échelle *présumer le pire* que les adolescents délinquants non agressifs présentant un trouble intériorisé.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Le premier objectif est de déterminer, pour chaque sexe et à partir de données longitudinales sur trois ans, lesquels des symptômes, dépressifs ou des troubles de comportement, sont précurseurs de la concomitance de ces troubles. Le deuxième objectif est d'identifier les distorsions cognitives prédictives de l'apparition de chacune des problématiques ainsi que de leur concomitance, et cela, pour chaque sexe.

MÉTHODE

Participants

Comme la dépression et le trouble des conduites apparaissent en moyenne entre 11 et 14 ans (Lewinsohn et al., 1991; Kovacs et al., 1988), cette étude longitudinale est réalisée auprès d'élèves francophones de ce groupe d'âge. Un échantillon populationnel initial de 499 élèves (260 garçons et 239 filles) participe à l'étude alors qu'ils sont en 6^e année au temps 1 (automne 2003). Ils proviennent de la rive sud de Montréal et de la rive sud de Trois-Rivières. Au temps 2 (automne 2004), les élèves sont en première secondaire. Au temps 3 de l'étude (2^e secondaire, automne 2005), les participants sont répartis en trois groupes. Des groupes d'adolescents sans trouble, dépressifs, en troubles de comportement (trouble des conduites et/ou trouble d'opposition avec provocation) et concomitants (dépression et troubles de comportement) sont formés selon leurs résultats à l'entrevue informatisée *Dominique Interactif Adolescent*

(Valla, Bergeron, & St-Georges, 1998) au temps 3 de l'étude. L'échantillon final inclut 239 participants (112 filles et 127 garçons).

Procédures

Un formulaire de consentement rempli par les parents a été obtenu. Les mesures indépendantes ont été complétées chaque automne dans les classes régulières pendant une durée de 45 minutes. Au printemps, les enseignants sont aussi invités à compléter un questionnaire. Les participants qui présentent des symptômes précurseurs des troubles dépressifs (score de 15 et plus à l'*Inventaire de dépression de Beck*) ou des troubles de comportement (score de cinq et plus au *Système d'évaluation des comportements pour enfants* ou nomination par l'enseignant) sont dépistés à partir de mesures auto-évaluatives et de mesures complétées par les enseignants. Ces adolescents sont invités à réaliser l'entrevue informatisée *Dominique Interactif Adolescent*. L'échantillon est ainsi constitué de façon progressive, si bien que le nombre de jeunes dans les groupes à risque augmente à chaque temps de l'étude.

Instruments

Symptômes précurseurs de dépression

Afin d'évaluer les symptômes précurseurs du trouble dépressif, l'*Inventaire de dépression de Beck 2* est utilisé (IDB-II; Beck, Steer, & Brown, 1996, 1998). Ce questionnaire comporte 21 énoncés mesurant la sévérité et la variation des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. Le participant doit choisir l'énoncé qui correspond le mieux à son état actuel parmi quatre choix. La consistance interne est satisfaisante (coefficient alpha > .90) (Bouvard & Cottraux, 2002).

Symptômes précurseurs de troubles de comportement

Les symptômes précurseurs de troubles de comportement sont évalués à l'aide du *Système d'évaluation des comportements pour enfants* — version enseignant, échelle trouble des conduites (BASC; Reynolds & Kamphaus, 1999; traduction par Marcotte, en préparation). Celle-ci permet d'évaluer les symptômes, particulièrement en lien avec l'école. Elle est complétée par l'enseignant qui doit répondre à 12 énoncés sur une échelle en quatre points (J = Jamais, P = Parfois, S = Souvent, T = Presque toujours). Cet instrument a démontré une bonne consistance interne (les alphas sont tous au-dessus de .80) et une fidélité test-retest adéquate (corrélations test-retest de .70 à .89) (Reynolds & Kamphaus, 1998). La consistance interne de cette échelle dans une étude antérieure (Lévesque & Marcotte, 2005) était de .85 pour un groupe d'adolescents francophones. La version française a été validée par Marcotte (en préparation) auprès

d'une population de 1046 adolescents québécois. Les coefficients de consistance interne obtenus sont très satisfaisants (alphas de .74 à .91).

Distorsions cognitives

La version courte du *How I Think Questionnaire* (HIT; Gibbs et al., 2001; traduction française par Marcotte, en préparation) est utilisée afin d'évaluer les distorsions cognitives en lien avec les troubles extériorisés. Elle contient 16 questions et une échelle de réponse de type Likert allant de *tout à fait en accord* à *tout à fait en désaccord*. Les résultats se divisent en quatre sous-échelles, soit la minimisation, la pensée centrée sur soi, blâmer les autres et présumer le pire. Pour la version longue (54 questions), la fidélité test-retest ($r = .91$) (Barriga & Gibbs, 1996) ainsi que la consistance interne (alphas de .63 à .96) sont élevées. Le questionnaire a été validé sur une population d'adolescents.

L'*Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (DAS; Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam, & Beck, 1994; Weissman & Beck, 1978) permet de mesurer les distorsions cognitives en lien avec les troubles intériorisés. Cet instrument contient 24 énoncés répartis en trois sous-échelles (réussite, dépendance et autocontrôle). Le choix de réponse se fait sur une échelle de type Likert en sept points. Les coefficients de consistance interne varient de .63 à .76 chez un échantillon d'adolescents francophones (Marcotte, Marcotte, & Bouffard, 2002).

Dominique Interactif Adolescent

La présence du trouble dépressif, des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation est évaluée à l'aide du *Dominique Interactif Adolescent* (Valla et al., 1998). Il s'agit d'une bande dessinée interactive et multimédia servant à évaluer, à l'aide d'images et de questions transmises par système vocal, sept troubles de la santé mentale chez les jeunes. Cet instrument ne permet pas le diagnostic formel des troubles de santé mentale, mais s'en approche de très près, plus que les autres instruments puisque l'évaluation respecte très étroitement les critères du DSM-IV (APA, 2000). L'élève doit répondre par oui ou non selon qu'il agit ou pense comme Dominique, un adolescent placé dans diverses situations. La sous-échelle dépression comporte 19 questions se rapportant aux critères du DSM-IV. Un seuil de neuf est utilisé pour identifier le groupe de jeunes dépressifs. La sous-échelle trouble des conduites comprend 15 énoncés et un seuil de trois est utilisé. Enfin, l'échelle du trouble oppositionnel avec provocation est constituée de neuf questions et un seuil de cinq est utilisé. Ces critères respectent ceux retenus par les auteurs du Dominique et ont été discutés explicitement avec ces derniers afin de se rapprocher le plus possible de la sélection de sous-échantillons représentatifs de la prévalence des troubles de santé mentale chez la population adolescente.

Au cours des quinze dernières années, plusieurs études ont vérifié les qualités psychométriques de versions papiers et informatisées du Dominique (Smolla, Valla, Bergeron, Berthiaume, & St-Georges, 2004; Valla, Bergeron, Bérubé, Gaudet, & St-Georges, 1994; Valla, Bergeron, Bidaut-Russel, St-Georges, & Gaudet, 1997; Valla, Bergeron, & Smolla, 2000). Ces études montrent que chez les adolescents (12-16 ans), la combinaison d'images et de questions courtes mesurant un symptôme à la fois augmente considérablement la fidélité test-retest (coefficient de corrélation de .87 pour l'échelle de dépression) comparativement aux entrevues d'évaluation traditionnelles (Breton, Bergeron, Valla, Lépine, Houde, & Gaudet, 1995; Loney & Frick, 2003; Smolla et al., 2004; Valla et al., 2000).

RÉSULTATS

Les symptômes précurseurs de la concomitance ont été analysés à l'aide de pourcentages, d'un test chi-carré et de régressions multiples hiérarchiques. De telles régressions ont aussi été utilisées afin d'identifier les distorsions cognitives prédictives de l'apparition de chacun des troubles et de leur concomitance.

Au troisième temps de l'étude (deuxième secondaire), 26 participants (quinze filles et onze garçons) forment le groupe concomitant. Pour 34,6 % de ce groupe, les deux troubles sont apparus au temps 3. Il n'a donc pas été possible de les inclure dans les analyses visant à examiner la séquence d'apparition. De plus, pour 11,5 % de notre échantillon, la trajectoire des troubles s'avère instable pour les trois temps de l'étude et il est impossible de les analyser. Enfin, les résultats montrent que pour 71,4 % (87,5 % des filles et 50 % des garçons) des participants du groupe concomitant, la dépression précédait les troubles de comportement. Inversement, les troubles de comportement précédaient la dépression dans 28,6 % (12,5 % des filles et 50 % des garçons) des cas. Cependant, la différence entre ces pourcentages n'est pas significative [$\chi^2(1, 14) = 2,57, p > .05$].

Concomitance

Une régression multiple hiérarchique a été réalisée sur l'ensemble de l'échantillon pour chaque sexe afin de déterminer lesquels des symptômes de dépression ou de troubles de comportement (TC) prédisaient la concomitance. Ensuite, les distorsions cognitives (DC) intériorisées (dépendance et réussite) et extériorisées (présumer le pire, blâmer les autres, pensée centrée sur soi et minimisation) en 6^e année et en 1^{ère} secondaire, ou en 2^e secondaire, sont introduites à l'équation de régression afin de vérifier leur contribution respective.

Concomitance dépression/trouble des conduites

Les résultats présentés au Tableau 1 montrent que chez les garçons, les symptômes de dépression et de TC aux temps 1 et 2 expliquent 18 % de la variance de concomitance en 2^e secondaire. De plus, les distorsions cognitives extériorisées et intériorisées en 1^{ère} secondaire expliquent 23 % de cette variance et améliorent significativement la prédiction du niveau de concomitance [$F(2, 82) = 16, p < .001$]. Enfin, les distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire (temps 3) expliquent 5 % de la variance et améliorent le modèle de prédiction [$F(1, 81) = 7,77, p < .01$]. Dans l'ensemble, le modèle explique 43 % de la variance de concomitance et prédit celle-ci [$F(5, 81) = 13,96, p < .001$].

Chez les filles, comme l'indique le Tableau 2, lorsque le nombre de symptômes précurseurs de dépression ou les distorsions cognitives extériorisées au temps 3 augmentent, la concomitance augmente. Ce modèle explique 38 % de la variance de concomitance en 2^e secondaire et prédit celle-ci [$F(2, 103) = 31,57, p < .001$]. Les symptômes dépressifs antérieurs expliquent 29 % de la variance et les distorsions cognitives extériorisées au temps 3 expliquent 9 % de la variance. L'ajout de cette dernière variable améliore significativement la prédiction du niveau de concomitance en 2^e secondaire [$F(1, 103) = 15,31, p < .001$].

Tableau 1

Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année et 1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.) sur le niveau de concomitance en 2^e secondaire chez les garçons

Variabiles	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.05	.04	.09	.18***
Symptômes de TC	.07	.03	.19	
D.C. intériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.08	.03	.20	.23***
D.C. extériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.62	.29	.24	
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	.77	.28	.33	.05**

$R^2 = .46$
 R^2 ajusté = .43
 $R = .68$ ***

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 2

Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année et 1^{ère} secondaire)
et des distorsions cognitives (D.C.) sur le niveau de concomitance en
2^e secondaire chez les filles

Variables	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.23	.04	.45	.29***
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	1.03	.26	.32	.09***
				$R^2 = .37$
				$R^2 \text{ ajusté} = .38$
				$R = .62***$

*** $p < .001$.

Dépression

Afin de vérifier les distorsions cognitives prédictives de la dépression, une régression multiple hiérarchique est réalisée pour chaque sexe. La présence de symptômes précurseurs est contrôlée.

Comme l'indique le Tableau 3, chez les garçons, les symptômes antérieurs de dépression expliquent 18 % de la variance de dépression en 2^e secondaire. De plus, les distorsions cognitives intériorisées et extériorisées en 1^{ère} secondaire expliquent 11 % de la variance, ce qui améliore significativement la prédiction du niveau de dépression l'année suivante [$F(2, 88) = 6,87, p < .01$]. Enfin, les distorsions cognitives intériorisées en 2^e secondaire (temps 3) améliorent aussi la prédiction du niveau de dépression pendant cette même année [$F(1, 87) = 6,84, p < .05$] et expliquent 5 % de la variance de celle-ci. Dans l'ensemble, le modèle prédit le niveau de dépression [$F(4, 87) = 11,47, p < .001$] et explique 32 % de sa variance en 2^e secondaire.

Chez les filles, la variance de dépression en 2^e secondaire est expliquée à 24 % par les symptômes de dépression en 6^e année et en 1^{ère} secondaire. Les distorsions cognitives extériorisées que présente l'adolescente en 2^e secondaire expliquent 4 % de cette variance et améliorent significativement la prédiction du niveau de dépression [$F(1, 103) = 5,48, p < .05$]. Le modèle explique 27 % de la variance de dépression en 2^e secondaire et prédit significativement le niveau de dépression [$F(2, 103) = 19,82, p < .001$]. Tel que l'indique le Tableau 4, la valeur positive des bêtas indique que si le nombre de symptômes de dépression antérieurs ou de distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire augmente, le niveau de dépression augmentera aussi.

Concomitance dépression/trouble des conduites

Tableau 3

Régression multiple hiérarchique des symptômes
(en 6^e année et 1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.)
sur la dépression en 2^e secondaire chez les garçons

Variabiles	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.07	.02	.32	.18***
D.C. intériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.02	.02	.11	.11**
D.C. extériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.23	.11	.19	
D.C. intériorisées, 2 ^e secondaire	.05	.02	.27	.05*

$R^2 = .35$
 R^2 ajusté = .32
 $R = .59$ ***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 4

Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année et
1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.)
sur la dépression en 2^e secondaire chez les filles

Variabiles	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.13	.03	.44	.24***
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	.41	.17	.20	.04*

$R^2 = .28$
 R^2 ajusté = .27
 $R = .653$ ***

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Troubles de comportement (TC)

Finalement, une régression multiple hiérarchique est réalisée pour chaque sexe afin de vérifier les distorsions cognitives prédictrices des TC. La présence de symptômes précurseurs est contrôlée.

Chez les garçons en 2^e secondaire, selon le modèle de régression obtenu (Tableau 5), les TC sont prédits par les symptômes de TC en 6^e année et 1^{ère} secondaire, par les distorsions cognitives extériorisées et intériorisées en 1^{ère} secondaire et par les distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire [$F(4, 82) = 16,45$, $p < .001$]. Ce modèle

Tableau 5
 Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année
 et 1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.)
 sur les TC en 2^e secondaire chez les garçons

Variabes	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de TC	.02	.01	.21	.09**
D.C. intériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.01	.01	.18	.29***
D.C. extériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.12	.05	.24	
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	.16	.05	.36	.07**
				$R^2 = .45$
				R^2 ajusté = .42
				$R = .67***$

** $p < .01$. *** $p < .001$.

explique 42 % de la variance de TC en 2^e secondaire. Les symptômes de TC antérieurs expliquent 9 % de la variance, tandis que les distorsions cognitives en 1^{ère} secondaire expliquent 29 % de la variance. L'ajout de ces dernières améliore significativement le modèle [$F(2, 83) = 19,42, p < .001$]. Enfin, les distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire améliorent également le modèle [$F(1, 82) = 9,68, p < .01$] et expliquent 7 % de la variance de TC cette même année.

Finalement, chez les filles, la variance de TC est expliquée à 27 % par les symptômes antérieurs de dépression. Les distorsions cognitives extériorisées en 1^{ère} secondaire expliquent 5 % de cette variance et améliorent significativement le modèle [$F(1, 71) = 4,97, p < .05$]. Enfin, la présence de ces distorsions cognitives en 2^e secondaire explique 8 % de la variance et améliore aussi le modèle [$F(1, 70) = 9,88, p < .01$]. Celui-ci explique 38 % de la variance de TC en 2^e secondaire et prédit significativement le niveau de TC [$F(3, 70) = 15,84, p < .001$]. Plus le nombre de symptômes de dépression antérieurs augmente ou plus le nombre de distorsions cognitives extériorisées en 1^{ère} ou 2^e secondaire augmente, plus le niveau de TC sera élevé (voir Tableau 6).

DISCUSSION

Prédiction de la concomitance

Le premier objectif de cette étude était de déterminer, pour chaque sexe, lesquels des symptômes dépressifs ou des troubles de comportement (TC) sont précurseurs de la concomitance de ces troubles. Nos résultats montrent d'abord que pour le tiers des participants, aucun

Concomitance dépression/trouble des conduites

Tableau 6

Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année et 1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.) sur les TC en 2^e secondaire chez les filles

Variabiles	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.03	.01	.35	.27***
D.C. extériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.03	.06	.05	.05*
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	.20	.06	.37	.08**

$R^2 = .40$
 R^2 ajusté = .38
 $R = .64$ ***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

symptôme précurseur n'est présent en 6^e année ni en 1^{ère} secondaire. Ainsi, pour ces adolescents, les deux troubles émergeaient de façon plus ou moins simultanée. Ensuite, bien que les résultats des analyses de pourcentages de notre étude ne permettent pas de confirmer les séquences d'apparition des troubles concomitants, ils démontrent une tendance chez les filles à développer un trouble dépressif précédant la concomitance dépression/TC. Chez les garçons, la séquence d'apparition apparaît beaucoup moins clairement, la répartition des participants se divisant presque également entre les deux trajectoires possibles, à savoir que le trouble dépressif tout comme les TC peuvent précéder l'apparition de la concomitance. Ces résultats s'orientent différemment de ceux de Rohde et al. (1991) ou ceux de Puig-Antich (1982).

Comme l'indiquent Wolff et Ollendick (2006) dans leur revue des écrits sur la concomitance dépression/TC, la plupart des recherches étudiant la séquence d'apparition des troubles chez les concomitants se basent sur la présence ou non des troubles en question. Selon eux, il serait pertinent d'étudier la symptomatologie avant même que les troubles n'apparaissent. Des analyses de régressions multiples sur l'ensemble de l'échantillon ont donc été effectuées. En tenant compte du sexe, les résultats montrent que chez les garçons, bien que les symptômes de dépression et de TC en 6^e année et 1^{ère} secondaire prédisent le niveau de concomitance de ces troubles en 2^e secondaire, l'importance des symptômes de TC antérieurs comme prédicteurs est prépondérante. Chez les filles, ce sont les symptômes antérieurs de dépression qui sont précurseurs du niveau de concomitance. Ce qui laisse croire à une séquence d'apparition dépression-concomitance chez celles-ci. Cette séquence s'oriente dans le sens opposé de l'étude de Kazdin (1995) selon laquelle les filles ont plus

tendance à développer un trouble dépressif à la suite d'un trouble des conduites.

Selon Quiggle, Garber, Panak et Dodge (1992), les adolescents présentant cette concomitance se diviseraient en deux groupes : un ressemblerait plus aux jeunes dépressifs, mais développerait des cognitions agressives par la suite, alors que l'autre ressemblerait plus aux jeunes agressifs, mais développerait, par la suite, des distorsions cognitives dépressives. Des distorsions cognitives extériorisées et intériorisées ont donc été ajoutées aux modèles prédictifs pour chaque sexe.

Chez les filles, pour qui les symptômes dépressifs antérieurs prédisaient le niveau de concomitance, les résultats montrent que c'est l'ajout des distorsions cognitives extériorisées qui améliore la prédiction. Ces filles auraient donc des symptômes dépressifs, mais développeraient ensuite des distorsions cognitives extériorisées et des symptômes de troubles de comportement s'ajouteraient alors à leurs symptômes dépressifs. Ceci va dans le sens de l'hypothèse de Quiggle et ses collaborateurs (1992). Toutefois, contrairement aux filles, les résultats chez les garçons montrent que ce sont les distorsions cognitives tant intériorisées qu'extériorisées en 1^{ère} secondaire qui prédisent le niveau de concomitance en 2^e secondaire. Par contre, en 2^e secondaire, seules les distorsions cognitives extériorisées prédisent le niveau de concomitance. Bien que nos résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse de Quiggle et ses collaborateurs (1992), ils montrent l'importance de certaines variables prédictives du niveau de concomitance et ils font ressortir des différences de genre dans la prédiction de ce trouble.

Les études antérieures montrent que les adolescents du groupe concomitant présentent plus de distorsions cognitives de réussite et de dépendance comparativement à un groupe sans dépression ni trouble de comportement (Lévesque & Marcotte, 2005; Marcotte et al., 2002). Toutefois, aucune étude n'avait encore vérifié si ces distorsions prédisaient la concomitance. Nos résultats montrent que, bien que chez les filles ces distorsions n'aient pas d'impact sur la concomitance, chez les garçons, la présence de ces distorsions en 1^{ère} secondaire prédit le niveau de concomitance.

Enfin, les études antérieures montraient aussi que les adolescents du groupe concomitant présentaient plus de distorsions cognitives extériorisées comparativement aux adolescents sans trouble et dépressifs et que ces distorsions prédisaient la concomitance (Barriga et al., 2000). Les résultats de notre étude sont en concordance avec ces derniers, autant chez les filles que chez les garçons.

Dépression et troubles de comportement

Le deuxième objectif de cet article visait à identifier, pour chaque sexe, les distorsions cognitives prédictives de l'apparition de chacun des troubles.

Pour la dépression, en concordance avec les études antérieures (Lévesque & Marcotte, 2005), les résultats indiquent que les distorsions cognitives de dépendance et de réussite en 1^{ère} et 2^e secondaire sont prédictives de la dépression en 2^e secondaire chez les garçons. Toutefois, les résultats montrent aussi que les distorsions cognitives extériorisées en 1^{ère} secondaire sont aussi prédictives de la dépression chez les garçons. Il semble donc que plus les garçons ont des pensées dysfonctionnelles intériorisées et extériorisées en 1^{ère} secondaire, plus ils sont à risque de vivre un niveau élevé de dépression en 2^e secondaire, mais aussi que le niveau de dépression sera encore plus marqué si les pensées dysfonctionnelles intériorisées perdurent jusqu'en 2^e secondaire.

Chez les filles, de façon surprenante et contrairement aux études antérieures (Lévesque & Marcotte, 2005; Marcotte et al. 2002), les distorsions cognitives intériorisées ne prédisent pas le niveau de dépression subséquent. Il faut mentionner cependant que les résultats de ces études ont été obtenus auprès de filles d'âge moyen de 14 à 15 ans, alors que l'âge moyen des filles de notre échantillon est de 13,4 ans, ce qui pourrait expliquer la différence entre les résultats de ces études et l'étude présente. Nos résultats vont cependant dans le sens d'une autre étude récente de Lévesque et Marcotte (sous presse). Selon leurs résultats, les distorsions cognitives de dépendance et de réussite prédisent les symptômes dépressifs seulement chez les garçons.

Nos résultats montrent que seules les distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire prédisent la dépression cette même année chez les filles. Des résultats obtenus à partir de ce même échantillon (Marcotte, en préparation) montrent que les enseignants considéraient ces filles plus agressives en 6^e année en comparaison aux filles qui ne sont pas devenues dépressives deux ans plus tard. De plus, ces filles rapportaient plus d'actes délinquants en 6^e année comparativement aux filles non dépressives. Leur agressivité semble toutefois diminuer en 2^e secondaire puisque les enseignants les considèrent à ce moment comme moins agressives en comparaison aux filles non dépressives. Selon Dumas (2002), les enfants à risque de troubles de comportement gèrent leurs émotions différemment selon leur sexe et selon le contexte. Tandis qu'il serait normal qu'un garçon manifeste de l'agressivité, les filles apprendraient que la colère et l'opposition ne sont pas tolérées de leur part dans notre société. Une hypothèse explicative à nos résultats serait donc que certaines filles qui ressentent ou manifestent de l'agressivité seraient

portées à se conformer et à ne pas exprimer celle-ci afin de répondre aux standards sociaux. Cependant, elles présenteraient tout de même les distorsions cognitives qui y sont reliées et développeraient des symptômes de dépression. Ceux-ci constitueraient une expression des émotions négatives plus acceptable pour les filles dans notre société.

Pour ce qui est des troubles de comportement, chez les filles comme chez les garçons, ce sont les distorsions cognitives extériorisées en 1^{ère} et 2^e secondaire qui les prédisent, confirmant ainsi les résultats de Barriga et ses collaborateurs (2000). Toutefois, chez les garçons, les distorsions cognitives intériorisées en 1^{ère} secondaire prédisent aussi les TC. Il semble donc que chez les garçons, lorsque le nombre ou l'intensité des distorsions cognitives extériorisées et intériorisées augmente en 1^{ère} secondaire, le niveau de TC en 2^e secondaire augmente aussi. De plus, si les distorsions cognitives extériorisées perdurent en 2^e secondaire, le niveau de TC augmentera encore davantage.

Nos résultats démontrent qu'il est important de tenir compte du sexe dans l'étude des troubles et de leur concomitance. En comparant les sexes dans l'étude des symptômes précurseurs de la concomitance, notre étude soutient l'hypothèse de plusieurs chercheurs selon laquelle il y aurait des patrons de développement de la concomitance différents selon le sexe (Loeber & Keenan, 1994). L'analyse des séquences d'apparition des *troubles* (à proprement dit) selon le sexe n'a toutefois pas été possible en raison d'un échantillon trop petit. Des études épidémiologiques seraient donc nécessaires afin d'examiner les séquences d'apparition à partir d'échantillons plus larges.

Cette étude utilise l'une des meilleures mesures québécoises existantes pour évaluer la santé mentale des adolescents, le *Dominique Interactif Adolescent*, et explore pour la première fois les liens entre les résultats à cette entrevue interactive et les distorsions cognitives. Toutefois, l'absence de corrélation chez les filles entre la dépression telle que mesurée par cet instrument et les distorsions cognitives de dépendance et de réussite contredit les résultats des études antérieures et souligne l'importance de répéter de telles recherches.

Les informations obtenues de cet instrument ne provenant que d'un répondant, ceci limite également la généralisation des résultats, particulièrement pour l'identification des troubles de l'opposition et des conduites qui font habituellement l'objet d'une évaluation externe plutôt qu'auto-identifiée.

Malgré ces limites, mentionnons que la présente étude s'intéresse au domaine encore peu exploré des symptômes et distorsions cognitives précurseurs de la concomitance de la dépression et des TC. De plus,

contrairement à la majorité des quelques études antérieures, cette recherche ne se limite pas à l'étude des distorsions cognitives intériorisées, mais tient compte également des distorsions cognitives extériorisées dans l'étude de la prédiction de la dépression, des TC et de la concomitance de ces deux troubles.

CONCLUSION

Les résultats obtenus dans cette étude chez les filles soulignent l'importance de reconnaître les symptômes dépressifs dès la sixième année et d'agir afin d'éviter les conséquences négatives liées aux troubles dépressif ou de comportement ou à leur concomitance qui risquent de survenir si aucune intervention n'est offerte. Rutter (1997) de même qu'Achenbach (1995) soulignent l'importance de tenir compte de la concomitance pour comprendre l'étiologie, le développement et le traitement des troubles psychiatriques tels que la dépression ou le trouble des conduites.

Les résultats de cette étude permettent aussi de constater l'importance des distorsions cognitives, particulièrement le fait de minimiser, de présumer le pire, de blâmer les autres et d'avoir une pensée centrée sur soi. Ces distorsions prédisent, chez les deux sexes, autant la dépression ou les TC que la concomitance des deux.

Enfin, les résultats montrent aussi que la présence de distorsions cognitives chez les garçons en première secondaire est préoccupante puisqu'elle prédit autant la dépression ou les TC que la concomitance des deux. Une fois de plus, soulignons l'importance de traiter des distorsions cognitives intériorisées, mais aussi extériorisées, dans les programmes de traitement et de prévention de la dépression, mais aussi dans ceux pour les TC chez les adolescents. De futures recherches menées auprès de plus grands échantillons permettraient de préciser les modèles prédictifs de chacun de ces troubles et de leur concomitance chez les adolescents et les adolescentes.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Achenbach, T. M. (1995). Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology, Special Issue, 23*(1), 45-65.
- Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary evaluation of the *How I Think Questionnaire*. *Aggressive Behavior, 22*, 333-343.
- Barriga, A. Q., Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Liao, A. K. (2001). *How I Think (HIT) questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Barriga, A. Q., Landau, J. R., Stinson, B. L., Liao, A. K., & Gibbs, J. C. (2000). Cognitive distortion and problem behaviors in adolescents. *Criminal Justice and Behavior, 27*(1), 36-56.

- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1998). *IDB-II. Inventaire de dépression de Beck*. Paris : Les Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (3^e éd). Paris : Masson.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Lépine, S., Houde, L., & Gaudet, N. (1995). Do children aged 9 through 11 years understand the DISC version 2.25 questions? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 946-954.
- Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869-877.
- Dodge, (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.
- Dumas, J. E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2^e éd.). Bruxelles : Édition De Boeck Université.
- Epkins, C. C. (2000). Cognitive specificity in internalizing and externalizing problems in community and clinic-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 199-208.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 15(4), 470-481.
- Ezpeleta, L., Granero, R., & Doménech, J. M. (2005). Differential contextual factors of comorbid conduct and depressive disorders in Spanish children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 282-291.
- Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 571-580.
- Frey, E. D., & Epkins, C. C. (2002). Examining cognitive models of externalizing and internalizing problems in subgroups of juvenile delinquents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 556-566.
- Gibbs, J. C. (1991). Sociomoral developmental delay and cognitive distortion: Implications for the treatment of antisocial youth. In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Éds), *Handbook of moral behavior and development: Vol. 3 Application* (p. 95-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gibbs, J. C., Barriga, A. Q., & Potter, G. B. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire*. Champaign, IL: Research Press.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Éds), *Child psychopathology* (2nd ed.) (p. 233-278). New York: Guilford Press.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 434-439.
- Holmes, S. J., & Robins, L. N. (1987). The influence of childhood disciplinary experience on the development of alcoholism and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28, 399-416.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood, III: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205-217.

Concomitance dépression/trouble des conduites

- Leitenberg, H., Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 528-536.
- Lévesque, N., & Marcotte, D. (2005). Les distorsions cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés. *Revue québécoise de psychologie, 26*(2), 199-222.
- Lévesque, N., & Marcotte, D. (sous presse). Le modèle diathèse-stress de la dépression appliqué à une population d'adolescents. *Revue européenne de psychologie appliquée, 59*(4).
- Lewinsohn, P. M., & Essau, C. A. (2002). Depression in adolescence. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Éds), *Handbook of depression* (p. 541-559). New York: The Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 809-818.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Hops, H. (1991). Comorbidity of unipolar depression: I. Major depression with dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 205-213.
- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14*(6), 497-520.
- Loney, B. R., & Frick, P. J. (2003). Structured diagnostic interviewing. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (2nd ed.) (p. 235-247). New York: Guilford Press.
- 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*(3), 109-132.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, Tome 1* (p. 221-270). Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D. (en préparation). Validation de la version française du questionnaire *How I Think*. Montréal.
- Marcotte, D. (en préparation). Validation du Système d'évaluation des comportements pour enfants. Montréal.
- Marcotte, G., Marcotte, D., & Bouffard, T. (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitudes on depression and delinquency in an adolescent population. *European Journal of Psychology of Education, 17*(4), 363-376.
- Masten, A. S. (1988). Toward a developmental psychopathology of early adolescence. In M.D. Levine & E. R. McAnarney (Éds), *Early adolescent transitions* (p. 261-278). Lexington, MA: Heath.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 51-59.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. A. (1991). The epidemiology of antisocial behaviour in childhood and adolescence. In D. B. Pepler & K. H., Rubin (Éds), *The development and treatment of childhood aggression* (p. 31-54). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist, 48*, 155-168.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality, 28*, 263-276.
- Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*, 118-128.

- Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development, 63*, 1305-1320.
- Reinecke, M. A. (1995). Comorbidity of conduct disorder and depression among adolescents: Implications for assessment and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 299-326.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1998). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1999). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 214-222.
- Rohde, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Kaufman, N. K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(7), 795-802.
- Rutter, M. (1997). Comorbidity: Concepts, claims and choices. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7*(4), 265-285.
- Smolla, N., Valla, J. P., Bergeron, L., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (2004). Development and reliability of a pictorial mental disorders screen for young adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(12), 828-837.
- Valla, J. P., Bergeron, L., & Smolla, N. (2000). The Dominic-R: A pictorial interview for 6- to 11-years-old children. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 85-93.
- Valla, J., Bergeron, L., & St-Georges, M. (1998). *Dominique interactif*, documentation électronique. Montréal : DIMAT.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Bérubé, H., Gaudet, N., & St-Georges, M. (1994). A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years): Development, validity, and reliability. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*(4), 403-423.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Bidaut-Russel, M., St-Georges, M., & Gaudet, N. (1997). Reliability of the Dominic-R: A young child mental health questionnaire combining visual and auditory stimuli. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(6), 717-724.
- Weissman, A., & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 9*(3-4), 201-220.
- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 547-556.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder, *Development and Psychopathology, 5*, 65-78.

RÉSUMÉ

Cette étude longitudinale sur trois ans vise à déterminer les symptômes précurseurs de la concomitance de la dépression et des troubles de comportement. Un deuxième objectif est d'identifier les distorsions cognitives prédictives. Un échantillon de 499 jeunes de 12 à 14 ans a complété les mesures. Les résultats montrent que chez les filles, les symptômes de dépression prédisent le niveau de concomitance, tandis que chez les garçons, tant les symptômes de dépression que de trouble du comportement prédisent ce dernier. Enfin, les résultats montrent que les distorsions cognitives extériorisées qui perdurent en deuxième secondaire augmentent davantage le niveau de concomitance pour les deux sexes.

Concomitance dépression/trouble des conduites

MOTS CLÉS

dépression, trouble de comportement, concomitance, distorsions cognitives, adolescence

ABSTRACT

The aim of this three year longitudinal study is to determine the precursor symptoms of comorbidity between depression and ou conduct disorder. A second goal is to identify predictive cognitive distortions. Questionnaires were completed by a sample of 499 12 to 14 year old high school students. Results suggest that, for girls, only depression symptoms predict comorbidity, whereas for boys, both depression and conduct disorder symptoms are precursors of comorbidity. Results also suggest that persistence of externalised cognitive distortions in the second year of high-school is also predictive of comorbidity.

KEY WORDS

depression, conduct disorder, comorbidity, cognitive distortions, adolescence
