

Mémoire de Maîtrise en médecine

Psychopathologies à l'adolescence: Influence des  
facteurs socio-démographiques sur la congruence  
des évaluations psychiatriques

**Etudiante**

Marine Brustlein

**Tuteur**

Prof. Olivier Halfon

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
(SUPEA), CHUV

**Co-tuteur**

Sebastien Urban, Ph. D

Unité de recherche, SUPEA, CHUV

**Expert**

Laurent Holzer, M.D., P.D.

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
(SUPEA), CHUV

Lausanne, décembre 2016

## Table des matières

<b>1. Résumé</b>	<b>3</b>
<b>2. Introduction</b>	<b>4</b>
2.1. Mise en contexte	4
2.2. Méthodes d'évaluations psychiatriques de l'adolescent	4
2.3. Limites des méthodes d'évaluation psychiatriques	5
2.4. Facteurs influençant la congruence dans les évaluations psychiatriques	5
2.4.1. Genre	5
2.4.2. Âge	6
2.4.3. Situation psychosociale actuelle	7
2.4.4. Type de trouble psychiatrique	7
2.5. Intérêt de cette étude	8
2.5.1. Problématique	8
2.5.2. Hypothèses théoriques	8
<b>3. Méthode</b>	<b>10</b>
3.1. Echantillon	10
3.2. Procédure	11
3.3. Mesures	12
3.4. Analyse des données	13
<b>4. Résultats</b>	<b>13</b>
4.1. Hypothèses opérationnelles	13
4.2. Troubles internalisés	14
4.2.1. Troubles anxieux	14
4.2.2. Troubles dépressifs	15
4.3. Troubles externalisés	15
4.3.1. Troubles oppositionnels du comportement	15
4.3.2. Troubles des conduites	16
4.4. Synthèse	17
<b>5. Discussion</b>	<b>17</b>
5.1. Préambule	17
5.2. Congruence dans les évaluations psychiatriques	18
5.2.1. Types de troubles	18
5.2.2. Genre	18
5.2.3. Âge	20
5.3.4. Statut civil parental	21
5.3.5. Situation scolaire actuelle	23
5.4. Optimisation de la prise en charge pour le clinicien	24
5.5. Recherches futures	24
<b>6. Conclusion</b>	<b>25</b>
<b>7. Références</b>	<b>27</b>

## 1. Résumé

*Contexte* : L'évaluation psychiatrique de l'adolescent peut comporter des questionnaires - ou *auto-évaluation* -, et/ou des entretiens avec un psychologue/psychiatre - ou *hétéro-évaluation*. Toutefois, il est possible que des incongruences soient constatées entre ces deux types d'évaluation. Peu d'études s'intéressent à l'influence conjointe des valeurs sociodémographiques et des troubles psychiatriques sur la congruence des évaluations psychiatriques.

*Objectifs* : Evaluer la congruence de l'auto- et de l'hétéro-évaluation chez des adolescents avec un trouble psychiatrique (trouble dépressif, anxieux, oppositionnel ou trouble des conduites) en fonction de certaines données sociodémographiques (genre, âge, état civil des parents et état de scolarisation du jeune).

*Méthode* : Soixante adolescents ont rempli des questionnaires portant sur le trouble anxieux (*Inventaire d'Anxiété de Beck*), le trouble dépressif (*Inventaire de Dépression de Beck*), le trouble oppositionnel et le trouble des conduites (évalués avec la *Liste des Comportements pour Enfants*) et ont été soumis à un entretien semi-structuré (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Lifetime version*) basé de l'Axe I du *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*. Leurs données sociodémographiques (sexe, âge, état civil des parents et situation scolaire actuelle) ont également été récoltées.

*Résultats et discussion* : La congruence de l'auto- et de l'hétéro-évaluation psychiatriques s'est principalement retrouvée chez les participants souffrant de troubles externalisés, de genre masculin, avec un jeune âge, en désinsertion scolaire ou encore chez les adolescents dont les parents sont mariés. Ce travail démontre l'intérêt, pour le clinicien, d'obtenir une vision globale de la situation de son patient afin de proposer la meilleure prise en charge psychiatrique possible.

*Mots-clés* : psychopathologies, adolescents, congruence, auto-/hétéro-évaluation

## 2. Introduction

### 2.1. Mise en contexte

Il paraît d'abord important pour le lecteur de saisir la prééminence des pathologies psychiatriques que présente un jeune avant l'âge adulte. En effet, les psychopathologies se développent, pour la plupart, dans l'enfance ou l'adolescence (1), périodes au cours desquelles des troubles psychiatriques sont observés chez 20% des jeunes (2). Ces troubles auront encore des implications après leur majorité (3) car on constate que 40% d'entre eux seront toujours intégrés dans le système de soin (4). Par ailleurs, on remarque que les pathologies psychiatriques débutées avant l'âge de 18 ans représentent les trois quarts des troubles psychiatriques de l'adulte (5).

Dans ce contexte, une prise en charge de qualité exige une évaluation des troubles psychiatriques rapide, non coûteuse et appropriée pour soigner correctement le jeune et tenter de prévenir la chronicité de la maladie à l'âge adulte. Ainsi, nous aborderons, dans cette étude, tout d'abord les divers moyens d'évaluation mis à disposition du clinicien afin de dresser le profil le plus complet du patient. Puis, nous expliquerons les limites auxquelles le professionnel de la santé peut être confronté, à savoir les incongruences entre ces divers moyens d'évaluation. Nous nous pencherons ensuite sur les différentes études de la littérature qui se sont intéressées aux facteurs influençant ces inadéquations, notamment dans le trouble dont souffre l'adolescent, et aux valeurs sociodémographiques des diverses sources d'informations. Dans notre conclusion, nous tenterons de mettre en évidence l'intérêt de ce travail innovant dans la recherche médicale psychiatrique.

### 2.2. Méthodes d'évaluations psychiatriques de l'adolescent

L'évaluation psychiatrique de l'adolescent menée par le clinicien se conduit de différentes manières. Le psychologue ou le psychiatre peut décider de soumettre le jeune à un questionnaire – méthode d'*auto-évaluation* - qui permet à celui-ci de décrire ses symptômes de manière dimensionnelle. Par ailleurs, il peut choisir de mener un entretien semi-structuré – méthode d'*hétéro-évaluation* - afin d'évaluer le statut psychiatrique de l'adolescent pour un trouble donné, selon une approche catégorielle. Enfin, le thérapeute peut également décider d'interroger la sphère proche du patient afin d'avoir une évaluation globale du jeune dans plusieurs contextes apparentés à son quotidien. Ainsi, les parents peuvent, par exemple, relater le fonctionnement social de l'adolescent et les manifestations apparentes de son humeur (6). L'enseignant et les camarades du jeune, quant à eux, fourniront plus d'informations sur son niveau d'intégration scolaire et son statut social (6). On constate parfois souvent l'existence d'incongruences entre les propos des diverses sources d'information, ce qui constitue une des limites de l'évaluation psychiatrique de l'adolescent que nous aborderons ci-dessous.

### *2.3. Limites des méthodes d'évaluation psychiatriques*

On peut noter parfois la présence d'incongruences ("*discrepances*" dans la littérature anglosaxonne), plus ou moins conséquentes, entre les diverses méthodes d'évaluations psychiatriques, soit l'auto-évaluation du jeune d'une part, et l'hétéro-évaluation qui intervient entre l'adolescent et sa sphère proche, d'autre part. Il arrive ainsi qu'une des évaluations psychiatriques remplisse les critères d'un trouble donné tandis que l'autre ne permet pas de l'affirmer, faute d'éléments nécessaires au diagnostic. Ces incongruences peuvent être influencées par plusieurs facteurs. Parmi ceux-ci, les variables sociodémographiques du patient et de ses proches doivent être prises en compte, en particulier le sexe ou l'âge du jeune qui ont une influence sur son discours face au professionnel de la santé ou ses réponses au questionnaire. Les inadéquations dans les évaluations psychiatriques sont aussi fortement influencées par le trouble dont souffre le patient. A ce propos, un trouble dit "internalisé" (autrement dit, focalisé sur soi) pourrait être plus difficile à évaluer pour le clinicien comparé à un trouble dit "externalisé" (en d'autres termes, qui implique une tierce personne). A juste titre, la clinique de ce trouble est plus facilement rapportée par autrui et visible pour le psychiatre/psychologue (7–9).

En définitive, il y a lieu d'être attentif au fait que l'influence conjointe de la psychopathologie de l'adolescent et des valeurs sociodémographiques des sources d'informations crée des incongruences dans les évaluations psychiatriques du jeune. Comme il n'existe pas, à notre connaissance, de littérature au sujet des discrédances notées dans les tests psychiatriques uniquement conduits chez l'adolescent, nous prendrons comme point de référence les études menées sur les inadéquations observées entre le discours du patient (souvent l'enfant, parfois l'adolescent) et d'une personne de sa sphère proche (notamment ses parents), selon certains critères sociodémographiques et le trouble psychiatrique du jeune.

### *2.4. Facteurs influençant la congruence dans les évaluations psychiatriques*

Plusieurs auteurs (7–17) se sont penchés sur les raisons des diverses incongruences dans les évaluations psychiatriques entre le jeune et les proches de ce dernier. Nous nous focaliserons plus particulièrement sur les études traitant de l'adéquation des propos entre le jeune et ses parents (notamment sa mère), ou encore le discours interparental, selon certaines valeurs sociodémographiques de l'adolescent et de son trouble psychiatrique.

#### *2.4.1. Genre*

Intéressons-nous d'abord aux études au sujet des valeurs sociodémographiques de l'enfant qui influencent l'adéquation entre ses propos et ceux d'une autre source d'information.

Le genre peut influencer les propos du jeune et créer des incongruences avec ceux de sa sphère proche dans les évaluations psychiatriques. Les auteurs (8,9,16,17) ayant traité de ce sujet n'ont globalement pas constaté de différence significatives en fonction du sexe. On

peut toutefois noter des différences subtiles de genre dans certaines pathologies psychiatriques précises : Kazdin et son équipe (14) compare l'adéquation des propos parentaux avec ceux de leur enfant/adolescent de 6 à 13 ans au sujet de leur dépression selon plusieurs variables. Les auteurs expliquent que les garçons souffrant d'un trouble dépressif seraient moins congruents avec leurs parents dans les évaluations psychiatriques par rapport aux filles, souffrant également de dépression (14). Kazdin et collègues expliquent que les adolescentes seraient davantage dépendantes du point de vue de leurs parents et donc en meilleure adéquation avec le discours de ces derniers, contrairement à leurs pairs masculins (14).

En réalité, on ne remarque pas d'effet de genre sur la congruence dans les évaluations psychiatriques, sauf si l'on s'intéresse à certaines psychopathologies, en fonction de deux sources d'informations précises.

#### 2.4.2. Âge

L'âge peut également être à l'origine de décalages dans le discours de l'enfant et celui de sa sphère proche (8,9,14). Kazdin et ses collègues s'intéressent également à l'influence de l'âge sur la congruence des évaluations psychiatriques parentales avec leur enfant/adolescent. Les auteurs expliquent que les jeunes enfants ont tendance, au même titre que les filles, à être encore dépendants de l'opinion des parents, obtenant ainsi une meilleure adéquation avec ces derniers, contrairement à leurs aînés (14).

L'étude de Grills et Ollendick (8) montre des résultats en désaccord avec cette précédente étude. Les auteurs, qui analysent la congruence des propos de l'enfant/adolescent (classés de 7 à 10 ans et de 11 à 17 ans) et ceux de leurs parents, arrivent à la conclusion que les adolescents plus âgés sont globalement en meilleure adéquation avec leurs parents, bien que certaines différences soient non significatives entre les deux catégories d'âge (8). Ils justifient ce résultat en s'appuyant sur l'étude de Jensen et son équipe (15) qui comparent la congruence des propos des enfants/adolescents avec celle de leurs parents, selon les mêmes tranches d'âge. Jensen mentionne que l'immaturité cognitive infantile pourrait être une des potentielles raisons de l'inadéquation de son discours avec celui des parents (15) du fait que les enfants possèdent moins de capacités cognitives pour la description de leurs propres symptômes (Jensen 1995, cité par 15). Toutefois, cette justification ne peut être la seule explication de ce résultat : les données statistiques sont quelques fois non significatives entre les deux tranches d'âges lorsque l'on se focalise sur les discrédances trouvées dans les évaluations psychiatriques entre l'enfant et ses parents (15).

En résumé, les résultats des études abordant l'adéquation des évaluations psychiatriques de deux sources d'information en fonction de l'âge sont partagés : on note la dépendance de l'opinion parentale, d'un côté, et l'immaturité cognitive de l'enfant, de l'autre, raisons

respectives d'une meilleure adéquation des évaluations psychiatriques des enfants ou des adolescents.

#### *2.4.3. Situation psychosociale actuelle*

Focalisons-nous à présent sur les études (18–20) au sujet des potentielles situations stressantes du jeune qui influencent son discours dans les évaluations psychiatriques.

Une situation psychosociale potentiellement délétère pour le jeune est le status socioéconomique familial qui peut, à juste titre, être une source potentielle d'incongruences entre le discours parental et celui de leur enfant/adolescent dans les évaluations psychiatriques. Une méta-analyse faite par Duhig et ses collègues (18) s'intéresse à l'accord interparental au sujet du trouble de leur enfant (externalisés ou internalisés) en fonction de plusieurs variables. Les résultats montrent une meilleure adéquation du discours interparental si le status socioéconomique familial est considéré comme moyen (en comparaison avec un status socioéconomique bas) (18). Un travail de Treutler et de son équipe (19) aborde, quant à lui, l'influence des psychopathologies parentales sur la congruence des évaluations psychiatriques entre l'enfant et ses parents ou entre ces derniers, selon une variable précise. En ce qui concerne le statut socioéconomique familial, les résultats ne montrent aucune différence significative sur l'adéquation du discours des deux sources d'information (19). Puis, dans l'étude de Chi et Hinshaw (20), qui s'intéresse à l'influence de la dépression maternelle sur l'accord mère-enfant, associé avec un autre facteur (comme par exemple le statut socioéconomique), les résultats ne montrent également aucune différence significative selon le statut socio-économique familial.

En définitive, seule une étude, à notre connaissance, trouve une différence significative d'adéquation entre les évaluations psychiatriques des deux sources d'informations (dans ce cas les deux parents) en fonction du statut socio-économique familial. Pour le reste, ce dernier n'a aucune influence sur l'accord entre les parents et leur enfant à propos de sa pathologie psychiatrique.

#### *2.4.4. Type de trouble psychiatrique*

Si l'on s'intéresse aux études sur la congruence de l'enfant/adolescent (7–9,18) et de ses parents en fonction du trouble dont il souffre, la majorité des travaux concluent au même résultat : les patients souffrant d'un trouble externalisé sont davantage en adéquation avec leurs parents dans les évaluations psychiatriques, à l'inverse des jeunes souffrant d'un trouble internalisé. En effet, un trouble externalisé est plus visible par autrui qu'un trouble internalisé (7–9) et donc plus facilement évaluable pour la sphère proche.

En bref, la recherche de littérature montre des résultats mitigés (8,9,14–20) concernant l'influence des valeurs sociodémographiques que sont l'âge, le genre et le statut

socioéconomique familial, sur la congruence des propos du jeune et de ses parents. Par contre, le type de trouble, dont peut souffrir le patient, a toute son importance dans l'adéquation du discours du jeune avec celui de ses parents. Plusieurs études (7–9) démontrent également que les patients avec un trouble externalisé sont davantage en accord avec l'opinion parentale.

### *2.5. Intérêt de cette étude*

Notre étude se démarque de la littérature dans la mesure où peu d'études se sont intéressées aux potentielles discrédances qui existent dans les évaluations psychiatriques conduites uniquement avec le patient. Ce travail apporte également une nouveauté dans l'analyse qui est faite des incongruences de deux évaluations psychiatriques : l'aspect *auto-évalué* du bilan psychiatrique. En d'autres termes, il est possible de mettre en parallèle les congruences ou incongruences d'une approche dimensionnelle (via le questionnaire) et catégorielle (avec l'entretien semi-structuré K-SADS-PL), à l'inverse de la littérature qui s'appuie, pour la majorité, sur deux approches catégorielles, à savoir les entretiens conduits chez l'adolescent et ses parents. Cette comparaison peut se faire en fonction des critères sociodémographiques du jeune et de sa pathologie psychiatrique. Ces variables peuvent influencer les réponses données par le jeune dans son auto- ou hétéro-évaluation.

Ainsi, ce travail s'intéresse plus particulièrement à l'influence du genre, de l'âge, du statut civil parental et de la situation scolaire actuelle du jeune, sur ses réponses au questionnaire et lors de l'entretien semi-structuré. Les valeurs sociodémographiques sont testées, dans un premier temps, sur un groupe d'adolescents souffrant d'un trouble internalisé, puis, dans un deuxième temps, chez des jeunes connus pour un trouble externalisé.

En résumé, cette étude vise donc à comparer l'influence conjointe des valeurs sociodémographiques et du trouble psychiatrique du jeune sur la congruence de ses évaluations psychiatriques, axées selon la problématique ci-dessous.

#### *2.5.1. Problématique*

Notre travail se focalise sur la problématique suivante : quel(s) facteur(s) (type de trouble, facteur sociodémographique) permet(tent) de comprendre la congruence ou l'incongruence de l'auto- et l'hétéro-évaluation psychiatriques chez les adolescents ?

#### *2.5.2 Hypothèses théoriques*

Dès lors, il est possible d'émettre certaines hypothèses de réponses à cette question selon les quatre valeurs sociodémographiques testées dans ce travail et du type de trouble psychiatrique du jeune.

Le genre peut être une source d'inadéquation dans le bilan psychiatrique du jeune. Les raisons potentielles pourraient être l'interprétation par autrui de l'image que reflète



l'adolescent et son attitude face aux sentiments aversifs. On peut imaginer que le biais de désirabilité sociale soit moins présents chez les garçons en raison d'une meilleure acceptation de leur apparence à cet âge (Harter, 2000 cité par 22). Les filles sont, quant à elle, plus susceptibles de ressentir le sentiment de honte et, dans ce cas, se distancent plus facilement de la personne capable de les évaluer (21). Il est possible que, dans un contexte de délinquance comme la population de notre travail, ce sentiment de honte soient d'autant plus prononcés chez nos participantes. Pour toutes ces raisons, nous nous attendons à ce que les garçons soient en meilleure adéquation dans leur auto- et hétéro-évaluation par rapport aux filles. Nous n'adhérons pas aux conclusions de certaines recherches faites dans la littérature qui, globalement, ne montraient pas de différences entre les sexes lorsque l'on compare le discours de l'adolescent(e) avec celui de ses parents.

L'âge peut contribuer à la congruence des évaluations psychiatriques de l'adolescent. A ce sujet, on pourrait supposer une meilleure adéquation chez les participants plus âgés. En effet, l'accumulation des années obligent les adolescents à progressivement s'adapter aux événements stressants de leur future vie d'adulte. Ces diverses situations imposent différentes manières d'être propres ("attributes" cité par l'auteur), dans différents contextes, qui peuvent s'avérer opposées (22). Par exemple, le jeune ne comprend pas la raison d'un changement de son comportement entre ses parents et ses pairs. L'adolescent plus âgé est plus apte à minimiser les conflits internes apparus en milieu d'adolescence (22). Ceci permet une normalisation des contradictions auxquelles il peut faire face (22). De plus, les "demandes sont plus clairement identifiables, et cela est de plus en plus vrai quand l'âge avance" (23, p.18) . Ainsi, l'augmentation des années de vie donne la capacité de dresser un profil personnel plus cohérent et complet de soi-même (22). Toutes ces raisons nous permettent de penser que les adolescents plus âgés tiennent un discours plus cohérent devant le clinicien et en accord avec le questionnaire préalable. Par la suite, il est intéressant de comparer nos résultats à ceux de la littérature qui, pour rappel, aboutit à des résultats partagés au sujet de l'influence de l'âge de l'adolescent dans l'adéquation de son auto- et hétéro-évaluation psychiatrique.

Enfin, le contexte psychosocial du jeune, testé avec le statut civil parental et la situation scolaire actuelle dans cette étude, peut également créer des inadéquations entre son auto- et hétéro-évaluation. En particulier, le divorce des parents peut être considéré, chez certains adolescents, comme un élément indésirable de vie, fragilisant la structure psychique du jeune. Ce dernier peut se "réfugier dans un monde constitué uniquement par ses pairs" (24, p.96) menant à possible un renfermement de soi devant les adultes, tout comme une perturbation des "représentations identificatoires (...) dans la confiance qu'il a en lui et envers les adultes" (24, p.96). Dès lors, on peut imaginer une discordance entre l'hétéro-évaluation, conduite par un clinicien, et l'auto-évaluation, faite seul. En outre, l'échec scolaire est un

facteur de vulnérabilité (25) selon Padioleau, qui s'intéresse aux adolescents entre 13 à 18 ans. Dans le même ordre d'idée, la rupture scolaire pourrait également, à juste titre, être un facteur de déstabilisation de l'adolescent, qui cesse d'entrer en contact avec les adultes. De ce fait, les propos des jeunes vulnérabilisés peuvent être biaisés devant un thérapeute. De plus, il faut admettre que la rupture scolaire peut être mal considérée par autrui et peut instaurer un biais de désirabilité. En somme, nous nous attendons à davantage de corrélations dans les évaluations psychiatriques chez les participants dont les parents sont mariés et les individus scolarisés. Pour rappel, une situation psychosociale délétère comme le statut socioéconomique, étudié dans la littérature, n'apporte globalement aucune différence d'adéquation des évaluations psychiatriques pour cette variable. Les constatations ci-présentes sont comparées, par la suite, avec les résultats de notre étude.

Concernant la pathologie psychiatrique du jeune, nous envisageons les mêmes résultats que dans la littérature : le trouble externalisé du jeune rend l'évaluation psychiatrique plus aisée pour le clinicien en raison d'une implication d'autrui dans la problématique et d'une meilleure visibilité du trouble (7–9).

En résumé, nous nous attendons à une auto- et hétéro-évaluation congruente chez les patients souffrant d'un trouble externalisé (trouble oppositionnel ou trouble des conduites), les garçons, les jeunes adolescents, les participants dont les parents sont mariés et les individus scolarisés.

### **3. Méthode**

#### *3.1. Echantillon*

Il nous semble d'abord utile d'avoir une description plus précise de la population choisie pour ce travail afin de pouvoir interpréter nos résultats de manière plus aisée. Puis, nous décrirons le participant "lambda", représenté majoritairement par chacune des quatre valeurs sociodémographiques de ce travail. Ensuite, nous exposerons la prévalence des pathologies psychiatriques de notre échantillon et abordons, pour terminer, l'aspect des comorbidités psychiatriques.

L'échantillon se compose donc de soixante adolescents recrutés dans les foyers de Valmont (Lausanne) et de Time-Out (Fribourg). Parmi cette population, on note 14 filles (23.3%) et 46 garçons (76.7%), âgés entre 13 et 17 ans. La moyenne d'âge des participants est de 15.5 ans (moyenne=15.48 et écart type=1.01). La population décrite dans ce travail s'inscrit dans une plus grande étude (financée par le Fonds National, n° grant : 100014-130553) portant sur le rôle de l'impulsivité dans les troubles du comportement chez des adolescents incarcérés. La majorité des quatre valeurs sociodémographiques constituant notre échantillon est représentée par des garçons entre 16 à 17 ans, en rupture scolaire, avec des

parents divorcés. Notre échantillon est divisé selon quatre pathologies psychiatriques : le trouble anxieux et dépressif et le trouble oppositionnel et des conduites, représentant respectivement deux troubles internalisés et deux troubles externalisés. La prévalence de chaque trouble, classée de manière décroissante, se répartit comme suit sur l'ensemble de nos participants : 83.3% pour le trouble des conduites, 42.9% pour le trouble oppositionnel, 39.1% pour le trouble dépressif et, pour finir, 32.6% pour le trouble anxieux. Par ailleurs, si l'on somme tous les pourcentages de chaque trouble, nous obtenons un résultat supérieur à 100%. Les comorbidités psychiatriques des participants de notre étude en sont la cause. En effet, le trouble des conduites est présent chez la totalité des adolescents testés, dont la moitié souffrant en parallèle d'un trouble oppositionnel. Le trouble dépressif est, après le trouble des conduites, le diagnostic combiné le plus souvent en lien avec nos trois autres troubles testés, dont un peu moins de la moitié des participants souffrant d'un trouble anxieux.

### *3.2. Procédure*

La commission d'éthique ainsi que les directeurs des centres éducatifs ont donné leur accord avant le début de ce travail. De plus, les participants ont reçu des explications précises et ont donné leur consentement à l'étude par écrit. Des psychologues qualifiés ont fait passer six entretiens individuels de deux heures, à raison de deux fois par semaine, chez les participants des deux centres éducatifs fermés. De plus, une rétribution de 40 CHF (ou 10 CHF s'ils arrêtaient au cours de l'étude) a été donnée à chaque participant. La confidentialité des données récoltées est garantie aux participants de ce travail.

Les deux centres éducatifs fermés de Valmont (Lausanne) et Time Out (Fribourg) sont spécialisés dans la prise en charge des adolescents en difficulté. Ces deux institutions ont comme but principal de trouver une solution rapide, efficace et adaptée aux problèmes du jeune dans une période de vie délicate. Ces objectifs sont maintenus grâce à une équipe principalement composée d'enseignants et d'éducateurs.

Les adolescents de ces deux centres sont placés par le Tribunal des mineurs ou l'un des services cantonaux romands de protection la Jeunesse (SPJ), principalement Vaud et Fribourg. Ces autorités dénoncent les actes délictueux et/ou mettent en évidence un mode de vie pouvant nuire à l'intégrité physique ou psychique du jeune.

A ce titre, l'adolescent peut être accueilli sous trois régimes possibles : la détention préventive, l'exécution de peine ou l'observation. La présente étude s'est intéressée aux participants placés selon le régime de l'observation. Il s'agit d'une mesure pénale ou éducative ordonnée par l'une ou l'autre des autorités ci-dessus. Ainsi, il est possible d'ordonner une mesure d'observation d'un jeune lorsque l'on note une aggravation de son comportement. L'évaluation se fait habituellement sur une période d'un mois et intègre les

aspects éducatifs, scolaires, sociaux et psychiatriques du jeune. Une synthèse en début et fin de séjour permet d'aboutir à une proposition de projet adaptée au mieux à ses besoins.

### 3.3. Mesures

Les participants à l'étude sont interviewés via la « Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Lifetime version » (K-SADS-PL) afin d'évaluer leurs pathologies psychiatriques selon l'axe I du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder » (DSM-IV) (26). La K-SADS-PL est un entretien semi-structuré dont la fidélité test-retest, les accords inter-juge et la validité concurrente sont très fiables (26,27). Dans le cadre de ce travail, la version française de la K-SADS-PL est employée. L'équipe de recherche responsable des évaluations psychiatriques a bénéficié d'une formation particulière pour cet entretien. Les participants ont également fait part de leurs situations familiales ainsi que de leurs statuts économiques et démographiques au cours d'un autre entretien structuré.

De plus, chaque sujet a répondu à trois questionnaires dépistant un trouble psychiatrique spécifique internalisé (dépression ou anxiété) et externalisé (trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites). Chaque questionnaire, auto-reporté par le participant, se compose d'une vingtaine de questions reprenant les critères du DSM-IV pour un trouble donné.

L'anxiété est évaluée grâce à l'inventaire d'anxiété de Beck (IAB) (28). Ce questionnaire comporte 21 questions mesurant les symptômes d'anxiété selon le DSM-IV. Les jeunes cotent le symptôme qui les affecte grâce à une échelle partant de 0 = "pas du tout" à 3 = "beaucoup". L'IAB a également démontré de bonnes propriétés psychométriques (29). La version française du questionnaire est utilisée pour ce travail (30).

La dépression est évaluée grâce à l'inventaire de dépression de Beck (IDB-II) (31). Ce questionnaire comprend 21 questions permettant d'évaluer la présence et la sévérité des symptômes dépressifs listés dans le DSM-IV. Les jeunes doivent donner un score entre 0 (pas de symptôme) à 3 (symptôme avéré) concernant un symptôme particulier décrit avec de plus en plus de gravité. Les propriétés psychométriques de l'IDB-II (32) tout comme sa version française (33) sont bien reconnues.

Les troubles oppositionnels avec provocation et les troubles des conduites sont évalués à l'aide de la liste des comportements pour enfants (34) (LCE). Ce questionnaire est validé pour les jeunes de 11 à 18 ans et compte 120 questions relatant des problèmes trouvés communément chez les enfants et adolescents. Ce test possède deux échelles évaluant respectivement les troubles externalisés et internalisés. Pour ce travail, nous avons utilisé la version française (35) de l'échelle des troubles externalisés (nommée "Youth Self-Report" (YSR) en anglais). Les jeunes doivent répondre à 21 questions relatant des troubles du

comportement. Les scores varient entre 0 "Pas vrai ou jamais vrai" à 2 "Très vrai ou souvent vrai" durant les 12 derniers mois précédants le questionnaire. Les validités convergente et discriminante de ce test, tout comme une bonne fidélité test-retest, sont démontrées (34,36).

### 3.4 Analyse des données

L'intérêt de ce travail est d'explorer la question de savoir quelle pathologie psychiatrique, avec quelle valeur sociodémographique de l'adolescent, influencent la congruence dans son auto- et hétéro-évaluation. A ce sujet, nous avons émis, en fin d'introduction, plusieurs hypothèses de résultats. Pour rappel, nous nous attendons à une meilleure adéquation de l'auto- et hétéro-évaluation chez les individus souffrant d'un trouble externalisé, les garçons, les jeunes adolescents, les participants dont les parents sont mariés et les individus scolarisés. Afin de vérifier ces hypothèses, nous utilisons les tests de Chi-carré ou de Mann-Whitney pour échantillons indépendants (en fonction de la nature des variables). Etant donné la visée exploratoire de ce travail, le seuil de significativité est fixé à  $p < .10$ . Le tableau 1 résume les moyennes de scores obtenus, avec leur minimum et maximum, pour les trois questionnaires passés chez nos participants. Le score total de l'AIB et de l'IDB est de 21 points. Concernant la LCE, la moyenne se situe sur un score maximal de 1. Pour rappel, un score plus élevé renvoie à plus de sévérité du trouble évalué.

*Tableau 1. Scores des auto-évaluations*

Scores	Questionnaires		
	IAB	IDB	LCE
Moyenne	11.40	14.61	0.81
Ecart-type	8.69	9.35	0.31
Minimum	0.00	0.00	0.18
Maximum	39.00	44.00	1.63

*IAB = Inventaire d'Anxiété de Beck*

*IDB = Inventaire de Dépression de Beck*

*LCE = Liste des Comportements pour Enfants*

## 4. Résultats

### 4.1 Hypothèses opérationnelles

Après avoir caractérisé notre population, nous ferons un bref rappel des moyens statistiques utilisés pour élaboration de nos résultats, puis nous les confronterons avec nos hypothèses préalablement évoquées dans l'introduction.

Nous avons effectué les tests de Mann-Whitney comparant les scores des questionnaires (auto-évaluation) aux troubles diagnostiqués (hétéro-évaluation) par la K-SADS-PL. Nous nous intéresserons d'abord à l'influence des valeurs sociodémographiques sur la congruence des évaluations psychiatriques pour les troubles internalisés. Puis, nous

procéderons de la même manière avec les troubles externalisés. Ainsi, si les évaluations menées chez le participant sont congruentes, nous nous attendons à une différence significative pour l'échantillon, divisé selon une valeur sociodémographique précise. Ces dernières seront mises en évidence dans chaque tableau présenté par la suite. Nous précisons que le nombre de participants considéré comme faible ( $N \leq 4$ ) peut nuancer l'interprétation de notre test statistique. Les tableaux 2 à 4 répondent de manière concrète à la problématique de ce travail, à savoir quel trouble, en lien avec quel facteur sociodémographique, influence la congruence dans les évaluations psychiatriques de nos participants.

Comme première hypothèse opérationnelle, nous nous attendons à une *p-value*  $>.10$  (notée comme Asymp. Sig (2-tailed) dans nos tableaux) dans les troubles internalisés, en d'autres termes, à une différence non significative, à l'inverse des troubles externalisés, pour lesquels nous supposons une *p-value*  $<.10$ . S'agissant des valeurs sociodémographiques, nous pensons obtenir une différence significative chez les garçons, les adolescents plus âgés, les participants dont les parents sont mariés et les individus scolarisés.

A présent, il est temps de se focaliser sur nos divers résultats, détaillés selon le type de trouble (internalisés puis externalisés) et interprétés par la suite dans la partie "Discussion".

#### 4.2 Troubles internalisés

##### 4.2.1. Troubles anxieux

La congruence dans les évaluations psychiatriques des participants souffrant de troubles anxieux est d'abord testée. Les données statistiques montrent une valeur significative ( $p=.032$ ,  $Z=2.15$ ) concernant ce groupe. Si l'on s'intéresse plus précisément à l'influence des valeurs sociodémographiques sur l'adéquation de l'auto- et hétéro-évaluation du jeune, nous obtenons les résultats exposés dans le tableau 2 :

Tableau 2. Congruence de l'auto- et hétéro-évaluation du trouble anxieux selon une valeur sociodémographique

	Sexe		Âge		Etat civil parents		Education	
	Garçons	Filles	13-15 ans	16-17 ans	Mariés	Divorcés	Scolarisé	En rupture
Troubles anxieux								
Z	-1.694	-0.900	-1.284	-0.383	-1.305	-0.562	-0.275	-1.201
Asymp. Sig (2-tailed)	<b>0.090</b>	0.368	0.199	0.702	0.192	0.574	0.784	0.230

On constate que seul le genre a un effet sur la congruence des évaluations psychiatriques pour le trouble anxieux. En effet, la *p-value* des garçons se montre tendancielle ( $p=.09$ ). Par ailleurs, il faut noter que les filles sont en nombre insuffisant ( $N=4$ ) pour ce test statistique. Les autres valeurs sociodémographiques ne montrent pas d'effet sur l'adéquation entre l'auto- et l'hétéro-évaluation de l'adolescent.

En résumé, les participants, classés uniquement selon leur pathologie, ont obtenu une valeur significative dans nos tests statistiques, nuanciant ainsi notre hypothèse opérationnelle initiale, où l'on prédit une  $p\text{-value} > .10$  concernant les troubles internalisés. En revanche, si l'on divise l'échantillon selon nos valeurs sociodémographiques, seuls les garçons, souffrant d'un trouble anxieux, obtiennent un résultat significatif, ce qui correspond à nos attentes concernant cette variable.

#### 4.2.2 Troubles dépressifs

Concernant le groupe d'individus souffrant d'un trouble dépressif, nos tests statistiques se révèlent non significatifs ( $p=.210$  et  $Z=1.25$ ), si l'on ne prend pas en considération les valeurs sociodémographiques. Intéressons-nous à l'influence de ces dernières sur la congruence de nos deux évaluations psychiatriques dans ce trouble. Les résultats sont résumés dans le tableau 3 ci-dessous :

Tableau 3. Congruence de l'auto- et hétéro-évaluation du trouble dépressif selon une valeur sociodémographique

	Sexe		Âge		Etat civil parents		Education	
	Garçons	Filles	13-15 ans	16-17 ans	Mariés	Divorcés	Scolarisé	En rupture
Troubles dépressifs								
Z	-0.949	-1.333	-1.880	-1.139	-2.585	-0.585	-0.523	-2.081
Asymp. Sig (2-tailed)	0.342	0.182	0.060	0.255	0.010	0.559	0.601	0.037

On constate davantage de valeurs et tendances significatives dans le trouble dépressif que dans le trouble anxieux. En effet, les participants classés selon les variables du mariage des parents ( $p=.01$ ) et de la rupture scolaire ( $p=.037$ ) obtiennent des valeurs significatives dans nos tests statistiques, contre une seule variable significative pour le trouble anxieux. La variable du jeune âge ( $p=.06$ ) suit une tendance significative.

En définitive, les individus, divisés uniquement selon leur pathologie, n'ont pas obtenu de différence significative, ce qui répond à nos hypothèses opérationnelles émises. Si l'on répartit de manière plus précise l'échantillon, des valeurs significatives sont obtenues chez les participants dont les parents sont mariés et qui sont en désinsertion scolaire. Les individus de jeune âge suivent une tendance significative. Seul le statut civil parental est en accord avec nos attentes. En revanche, les résultats concernant l'âge et la rupture scolaire sont en désaccord avec nos hypothèses.

#### 4.3 Troubles externalisés

##### 4.3.1 Troubles oppositionnels du comportement

Les tests statistiques de l'échantillon, divisé uniquement en fonction du trouble oppositionnel, sont significatifs ( $p=.020$  et  $Z=2.33$ ). Si nous séparons le présent échantillon selon nos

valeurs sociodémographiques, nous obtenons les résultats suivants (exposés dans le tableau 4) :

Tableau 4. Congruence de l'auto- et hétéro-évaluation du trouble oppositionnel selon une valeur sociodémographique

	Sexe		Âge		Etat civil parents		Education	
	Garçons	Filles	13-15 ans	16-17 ans	Mariés	Divorcés	Scolarisé	En rupture
Troubles oppositionnels								
Z	-2.296	-0.586	-1.814	-1.463	-2.879	-0.154	-0.334	-2.955
Asymp. Sig (2-tailed)	<b>0.022</b>	0.558	<b>0.070</b>	0.144	<b>0.004</b>	0.877	0.738	<b>0.003</b>

On constate, d'abord, que les données statistiques des garçons ( $p=.022$ ) sont significatives. A noter que les filles sont en nombre insuffisant ( $N=2$ ) pour ce test statistique. Puis, on remarque que les participants dont les parents sont mariés ( $p=.004$ ) et les individus en rupture scolaire ( $p=.003$ ) obtiennent également une différence significative. Les données des jeunes adolescents ( $p=.07$ ) tendent vers la significativité.

En résumé, les statistiques des participants classés uniquement selon leur trouble oppositionnel sont significatives, confirmant notre hypothèse opérationnelle de base. Puis, les individus de sexe masculin, de jeune âge, avec des parents mariés et en rupture scolaire obtiennent des résultats significatifs dans les tests statistiques. Ces variables sont en accord avec nos attentes, à l'exception, une fois de plus, de l'âge et de la rupture scolaire.

#### 4.3.2 Troubles des conduites

Les données des participants, divisés uniquement selon leur pathologie, sont significatives ( $p=.003$  et  $Z = 2.99$ ). Le tableau 5 résume les données des participants, classés en fonction de nos quatre valeurs sociodémographiques :

Tableau 5. Congruence de l'auto- et hétéro-évaluation du trouble des conduites selon une valeur sociodémographique

	Sexe		Âge		Etat civil parents		Education	
	Garçons	Filles	13-15 ans	16-17 ans	Mariés	Divorcés	Scolarisé	En rupture
Troubles des conduites								
Z	-2.999	-0.365	-1.998	-2.232	-1.279	-2.631	-2.480	-1.739
Asymp. Sig (2-tailed)	<b>0.003</b>	0.715	<b>0.046</b>	<b>0.026</b>	0.201	<b>0.009</b>	<b>0.013</b>	<b>0.082</b>

On remarque davantage de valeurs significatives chez les personnes souffrant d'un trouble des conduites par rapport au trouble oppositionnel. Les participants de sexe masculin ( $p=.003$ ) et de jeune âge ( $p=.046$ ) ont des données statistiques significatives. Pour la première fois, les adolescents âgés ( $p=.026$ ), les individus dont les parents sont divorcés ( $p=.009$ ) et les personnes scolarisées ( $p=.013$ ) obtiennent des valeurs significatives. Finalement, on remarque que les tests statistiques des participants en désinsertion scolaire ( $p=.082$ ) évoluent, pour cette fois, vers une tendance significative.



En résumé, les personnes connues pour un trouble des conduites ont une *p-value* conforme à nos attentes : la différence est significative dans nos statistiques. Ensuite, les données des participants de sexe masculin, de tout âge, dont les parents sont divorcés et quelle que soit leur situation scolaire sont significatives. Trois de ces variables ne correspondent pas à nos hypothèses : les jeunes adolescents, les personnes dont les parents divorcés et en rupture scolaire sont en désaccord avec nos attentes.

#### *4.4 Synthèse*

Nous allons tenter d'aborder nos résultats dans leur globalité et de façon plus descriptive, en survolant les données récoltées des quatre pathologies psychiatriques tout comme les résultats obtenus pour les données sociodémographiques de nos participants. Ces aspects seront discutés dans la partie "Discussion".

En résumé, on remarque que les troubles du comportement, particulièrement le trouble des conduites, sont globalement synonymes de meilleure adéquation dans les évaluations psychiatriques du jeune par rapport aux troubles internalisés. L'effet du genre sur la congruence des tests conduits se retrouve dans chaque pathologie psychiatrique, hormis le trouble dépressif. Ensuite, on note que les individus d'âge jeune, dont les parents sont mariés et qui sont en rupture scolaire se montrent, de manière générale, davantage congruents dans les évaluations psychiatriques.

## **5. Discussion**

### *5.1 Preamble*

Ce travail a pour but de nous permettre d'apprécier l'influence de certaines variables sociodémographiques sur la congruence d'un questionnaire précis et de l'entretien semi-structuré Kiddie-Sads. Il nous donne l'occasion de comprendre les circonstances dans lesquelles ces méthodes diagnostiques sont les plus efficaces, en portant notre attention sur la pathologie psychiatrique dont souffre l'adolescent mais également sur les diverses valeurs sociodémographiques qui le caractérisent.

Aussi, nous nous intéresserons d'abord aux résultats obtenus en fonction des troubles internalisés et externalisés de manière globale, afin de saisir la tendance des adéquations dans les évaluations psychiatriques des participants. Ensuite, nous proposerons une analyse plus précise des données en fonction de chacune des quatre valeurs sociodémographiques de notre étude, toutes pathologies psychiatriques confondues. Par ailleurs, nous discuterons principalement des données devenues significatives et tendancielles. Ainsi, nous tenterons de saisir quel(s) type(s) de trouble(s) mais également quelle(s) valeur(s)

sociodémographique(s) permet(tent) comprendre la congruence dans les évaluations psychiatriques chez l'adolescent.

## *5.2 Congruence dans les évaluations psychiatriques*

### *5.2.1 Types de troubles*

De manière générale, on observe davantage de congruence dans les troubles du comportement, notamment le trouble des conduites, ce qui confirme nos hypothèses théoriques et celles de la littérature, axées quant à elle, sur deux sources d'information différentes. Cette constatation s'explique par le fait que le trouble oppositionnel et des conduites ont une meilleure visibilité qui facilite l'évaluation psychiatrique du clinicien (7,8). En outre, les troubles externalisés "se traduisent par des comportements (...) qui exposent le sujet à des conflits significatifs avec (...) les personnes en position d'autorité" (37, p.547), selon le DSM-V. Dans ce contexte, on peut imaginer que le trouble des conduites obtienne davantage d'adéquations dans les évaluations psychiatriques. En effet, le trouble oppositionnel peut parfois le précéder (6,37,38) et se développer avec l'augmentation de sa sévérité. On suppose ainsi que cette sévérité (particulièrement pour le trouble des conduites) tout comme la meilleure visibilité des troubles du comportement simplifient l'évaluation psychiatrique du thérapeute. De ce fait, les participants souffrant de troubles du comportement sont davantage en adéquation avec les tests psychiatriques conduits.

Ensuite, les résultats concernant les participants souffrant de troubles internalisés sont partagés dans les évaluations psychiatriques. Les tests statistiques des individus souffrant de trouble anxieux sont significatifs, ce qui est en désaccord avec nos suppositions. Pourtant, en parcourant la littérature, nous pouvons nous attendre au contraire. Dans la symptomatologie du trouble anxieux, l'adolescent, inquiet par la perception de lui-même par autrui, adapte ses réponses de manière à être socialement accepté (39), pouvant ainsi créer des inadéquations dans ses réponses auto- et hétéro-évaluées. De plus, l'anxiété peut avoir un impact sur l'exactitude de ses propos et sur sa capacité à remémorer ses souvenirs (40). Dans ce contexte, on pourrait imaginer que le questionnaire laisse au jeune la possibilité de prendre le temps nécessaire pour ses réponses.

Prenons à présent le temps d'aborder les données relatives aux valeurs sociodémographiques de nos participants.

### *5.2.2 Genre*

On remarque que les garçons sont généralement en adéquation entre l'auto- et l'hétéro-évaluation, quel que soit le trouble dont ils peuvent souffrir. On peut supposer que leur évaluation psychiatrique par le clinicien est facilitée par rapport à celle des filles, ceci pour deux raisons.

Premièrement, les garçons pourraient manifester leurs troubles psychiatriques de manière plus évidente. Par exemple, Marie Choquet et son équipe (41) ont étudié, dans une approche longitudinale, la consommation de drogues et les troubles psychosomatiques chez 327 adolescents entre 16 à 18 ans. Les auteurs remarquent que pour les troubles internalisés, comme le trouble anxieux, les garçons ont tendance à déranger ou à extérioriser leur mal-être (41). Dans le même ordre d'idées, l'agressivité directe (autrement dit l'affront direct de sa victime (6)), utilisée chez certains individus de sexe masculin souffrant de troubles du comportement, rend plus probable les actes délinquants/violents graves (42). Cette forme d'agressivité, plus visible par les actes qui en découlent, facilite l'évaluation du clinicien.

Deuxièmement, le vécu des sentiments aversifs pourrait être plus facilement supporté et communiqué chez les garçons que chez les filles. Cole et ses collègues (43) ont fait une expérience sur le vécu de la déception selon le genre chez des individus avec une symptomatologie similaire et prononcée du trouble oppositionnel. Ils observent que les garçons n'hésitent pas à réagir négativement, en présence d'un adulte, face à une déception (43). En revanche, les filles ont tendance à exprimer leurs émotions une fois seules (43). Par ailleurs, l'apparence a tendance à être mieux acceptée chez les garçons (Harter, 2000, cité par 22).

En résumé, les garçons seraient plus facilement évaluables par le thérapeute grâce à un meilleur vécu des sentiments aversifs et une meilleure acceptation d'eux-mêmes.

Toutefois, il faut relever que les garçons ne sont pas congruents pour le trouble dépressif. On peut dès lors imaginer que la manifestation chez eux de symptômes de dépression rend l'évaluation difficile pour le psychologue/psychiatre. En effet, "les normes masculines encouragent généralement l'action et découragent l'introspection" (44, p.7). On pourrait ainsi s'attendre à plus de symptômes externalisés chez les garçons dépressifs (comme, par exemple, de l'irritabilité ou un comportement agressif (45)), ce qui peut fausser l'évaluation faite par le clinicien et les réponses dans le questionnaire.

Les adolescentes, de leur côté, n'obtiennent jamais des résultats de congruence. Une étude (46) s'est penchée sur la thématique de l'estime de soi et note un comportement moins authentique en lien avec la prise en compte des normes standards, externes à elles-mêmes. En effet, les adolescentes s'efforcent de maintenir les différents rôles au sein des diverses relations qu'elles entretiennent et de créer de l'harmonie parmi ces dernières (22). On peut imaginer que les filles soient "poussées par de nombreuses pressions sociales, culturelles et commerciales à se conformer à un idéal de beauté physique très différent et beaucoup plus difficile à atteindre que les garçons" (6, p.411). En résumé, les adolescentes auraient tendance à adopter un comportement contradictoire à ce qu'elles sont réellement, par manque d'estime d'elles-mêmes mais également par souci de désirabilité sociale. Ceci

pourrait se reproduire face au clinicien de l'étude et expliquer nos résultats. A l'inverse, le questionnaire dépistant une pathologie psychiatrique chez nos participant(e)s n'impose pas le jugement direct d'une tierce personne. C'est pour toutes les raisons évoquées ci-dessus que nous obtenons des incongruences dans les évaluations psychiatriques réalisées sur les filles de notre travail.

Nos résultats correspondent à nos hypothèses théoriques qui retiennent des individus masculins en meilleure adéquation dans leurs évaluations psychiatriques. En revanche, nos données sont en opposition avec celles exposées dans la littérature qui, pour rappel, ne montre pas d'effet de genre dans la congruence des évaluations psychiatriques. On peut tenter de comprendre cette contradiction en se penchant d'abord sur la particularité de notre travail : la comparaison des réponses du jeune avec son auto-évaluation, à l'inverse de la littérature, qui oppose deux sources d'informations différentes. Ainsi, comme dit précédemment, les garçons ont tendance à être en accord avec eux-mêmes et vivent de manière plus sereine les sentiments aversifs (Harter, 2000, cité par 22,43), expliquant une meilleure adéquation dans les évaluations psychiatriques auto- et hétéro-évaluées.

### 5.2.3 Âge

Intéressons-nous aux résultats de la congruence des évaluations psychiatriques en fonction de l'âge des patients. On observe que les adolescents plus jeunes (13 à 15 ans) sont, de manière générale, davantage en adéquation dans les évaluations psychiatriques, hormis le trouble anxieux.

Si l'on se focalise d'abord sur les participants souffrant d'un trouble dépressif, on peut supposer que leurs symptômes sont plus perceptibles et évaluables à cet âge, comparés à ceux des adolescents plus âgés. Si l'on se fie à la littérature, notamment le DSM-V, on apprend que la manifestation des troubles dépressifs peuvent se traduire par de l'irritabilité et des crises de colère (37). A noter que, selon cet ouvrage, ces types de symptômes sont décrits jusqu'à l'âge de 12 ans, et que notre population se compose de jeunes adolescents entre 13 et 15 ans. Toutefois, en raison de l'environnement clos de nos deux foyers pour délinquants qui font l'objet de cette étude et des fréquentations des jeunes sur place, les symptômes d'irritabilité et de colère auraient moins tendance à s'estomper ou à s'améliorer chez nos participants. A ce propos, Dishion et ses collègues s'intéressent à l'influence du comportement des pairs notamment délinquants sur les actes d'un jeune, notamment délinquants. L'auteur remarque que le comportement déviants des pairs (cité comme "deviancy training" dans l'article) a un impact davantage prononcé sur la situation du jeune comparé à celui du thérapeute (47).

Au sujet des participants souffrant de troubles oppositionnels et des conduites, on note une bonne adéquation des évaluations psychiatriques. Si l'on s'intéresse à la méta-analyse d'Achenbach et ses collègues (9), portant sur la congruence parents-enfant sur les

problèmes émotionnels et comportementaux du jeune, on remarque des résultats similaires. A noter tout de même que les jeunes adolescents ont de 6 à 11 ans et les plus âgés de 12 à 19 ans, ce qui ne correspond pas à nos catégories d'âge choisies dans cette étude. Néanmoins, il est toujours possible de faire le parallèle entre "plus jeune" et "plus âgé" dans la justification de nos résultats. Pour revenir à Achenbach, ce dernier pense que le comportement d'un enfant de jeune âge fluctue moins dans des situations diverses (9). De plus, il met en évidence un manque d'indépendance envers l'adulte plus prononcé chez les jeunes adolescents, notamment dans leurs activités quotidiennes, davantage restreintes. Ainsi, les adultes ont l'occasion d'observer leur comportement de manière plus directe et à une fréquence plus élevée (Achenbach 1987, cité par 7).

En résumé, il est possible que les jeunes adolescents se comportent de manière plus stéréotypée et soient plus observables par autrui, en raison d'un champ d'activité moindre à cet âge et dans lequel les adultes y participent plus facilement. Pour ces raisons, l'évaluation par le clinicien peut être plus en adéquation avec l'auto-questionnaire du participant.

Toutefois, il faut noter que les adolescents plus âgés souffrant des troubles des conduites sont aussi en adéquation dans nos évaluations psychiatriques. Si l'on parcourt le DSM-V, on remarque que les actes délictueux dans ce trouble sont de plus en plus graves (37) et plus susceptibles de causer des infractions. Cet ouvrage mentionne comme exemple notamment le viol ou l'affront de sa victime durant un vol (37), actes facilitant la prise de conscience du trouble de l'adolescent par le clinicien.

Nos résultats montrent globalement une meilleure adéquation chez les adolescents plus jeunes, en désaccord avec nos hypothèses précédentes et partiellement avec la littérature, partagée sur ce sujet.

#### *5.3.4 Statut civil parental*

Concernant la congruence des adolescents dans les évaluations psychiatriques en fonction du statut civil parental, on note une disparité dans nos résultats, à l'inverse de nos données précédentes, où une tendance d'adéquation des tests en fonction d'une donnée sociodémographique est notée. Ceci laisse supposer la présence de conflits dans le rapport à la famille chez les jeunes en foyer (48) quel que soit le statut civil parental, signant l'hétérogénéité dans nos données. Toutefois, nous allons tenter de donner des pistes de compréhension.

On remarque, de manière générale, que le divorce n'est pas synonyme de congruence dans les évaluations psychiatriques chez l'adolescent. De ce fait, on pourrait supposer que le divorce est un frein à la communication de leurs problèmes. L'auteur Poussin, qui s'intéresse au vécu du divorce par l'enfant, mentionne que ce dernier peine déjà à parler du divorce du fait de la protection contre l'affectivité qui s'y rapporte (24). De plus, l'absence ressentie pendant un divorce "perturbe l'enfant dans ses représentations identificatoires lorsqu'il

grandit dans la confiance qu'il a envers lui et les adultes" (24, p.30). Or, les enfants, tout comme les intervenants, "ont besoin d'un sentiment de sécurité et de contrôle suffisant pour installer une collaboration active" (23, p.17). Ainsi, en faisant un parallèle avec les adolescents, on peut s'attendre à moins de congruence dans les évaluations psychiatriques chez les jeunes dont les parents sont divorcés.

Néanmoins, on observe que les adolescents, dont les parents sont divorcés, diagnostiqués pour un trouble des conduites sont congruents dans les évaluations psychiatriques. Dans ce trouble en particulier, nous pouvons supposer que le divorce ou plus généralement l'instabilité familiale est un élément indésirable surnuméraire qui extérioriserait leurs symptômes. L'adolescent aurait ainsi un comportement plus facilement évaluable et perceptible pour le clinicien. Il serait intéressant de savoir si la sévérité du trouble des conduites est plus élevée en fonction du divorce des parents de l'adolescent, il n'existe, à notre connaissance, pas de littérature à ce sujet.

Concernant les participants dont les parents sont mariés, on pourrait s'attendre à davantage de congruences dans les évaluations psychiatriques, en raison de la préservation d'un élément de vie indésirable chez ces jeunes, que représente le divorce parental. Ils seraient potentiellement moins freinés dans leurs confidences face à un professionnel de la santé. L'adéquation des évaluations psychiatriques retrouvée dans le trouble dépressif et oppositionnel, chez les participants dont les parents sont mariés, correspond donc à nos hypothèses théoriques. En revanche, le trouble anxieux et celui des conduites font exception à cette hypothèse. Pour comprendre ces incohérences et tenter de mieux comprendre nos résultats, il est utile de se pencher sur le vécu du trouble anxieux dans une famille. Ainsi, Picard et Lavergne se penchent sur le vécu de ce trouble chez l'enfant dans sa structure familiale. Ils soulignent que si l'enfant "fait l'expérience du silence de ses proches dans des situations difficiles, il aura plus facilement tendance à garder le silence, éviter les autres, tout en évitant toutes situations provoquant l'anxiété" (Keogh 2001, cité par 49, p.71). De ce fait, le patient anxieux se renferme davantage sur lui-même en cas de manque de communication au sein de la famille, que les parents soient mariés ou divorcés.

Puis, on note que les adolescents avec des parents mariés, diagnostiqués pour des troubles des conduites, ne sont pas congruents dans les évaluations psychiatriques. Ce résultat est étonnant. En effet, nous nous attendrions à une meilleure adéquation des évaluations psychiatriques pour ces individus en raison de l'épargne d'un élément de vie indésirable (comme un divorce), tout comme un trouble plus facilement perçu et évaluable par le clinicien. Il n'existe pas, à notre connaissance, de littérature à ce sujet.

En définitive, le divorce des parents reste un potentiel obstacle à la communication avec autrui pour l'adolescent et peut ainsi faire baisser la congruence entre les évaluations psychiatriques. Chez les participants dont les parents sont mariés, on note qu'il est

légèrement plus probable d'avoir des adolescents en adéquation dans leurs évaluations psychiatriques, si l'on présume que la préservation de l'union parentale est un facteur protecteur dans la famille. Au vu de la fluctuation de données significatives selon le statut civil parental, nous supposons l'existence d'une situation familiale commune défailante chez les deux groupes testés, responsable d'un potentiel manque de communication avec le thérapeute. Le psychologue Claude Wacjman, qui s'intéresse aux troubles du comportement en institution chez les adolescents, souligne : "le rapport à la famille des enfants et adolescents qui fréquentent (...) un établissement spécialisé (...) est souvent conflictuel, de façon manifeste aussi bien que de façon latente" (48, p.135).

Nos hypothèses théoriques mettent en évidence une nette tendance d'adéquations des évaluations psychiatriques en faveur des individus dont les parents sont mariés, par préservation d'un élément de vie indésirable, ce qui n'est pas le cas dans nos résultats. Ensuite, la fluctuation de nos données statistiques significatives sont partiellement en accord avec la littérature, qui ne trouve pas de différence nette selon qu'il existe ou pas une situation psychosociale délétère (abordée selon le statut socioéconomique défavorable).

Par ailleurs, il faut noter que le statut civil parental est la seule valeur sociodémographique de notre étude qui ne concerne pas directement le jeune. Il est intéressant d'observer qu'elle est l'unique caractéristique pour laquelle on peine à trouver une tendance d'adéquation en fonction du groupe de participants classés selon une valeur sociodémographique. En d'autres termes, si le clinicien porte attention aux valeurs sociodémographiques pouvant faire fluctuer la prévalence de certaines pathologies psychiatriques, il doit se concentrer plus particulièrement sur celles qui caractérisent personnellement le jeune.

### *5.3.5 Situation scolaire actuelle*

Intéressons-nous à présent aux résultats de congruence dans les évaluations psychiatriques selon la situation scolaire du jeune. De manière globale, on observe que les adolescents en désinsertion scolaire sont congruents, contrairement à ceux scolarisés. Ces résultats vont à l'encontre de nos hypothèses théoriques, qui retenaient que les adolescents scolarisés, épargnés d'un évènement de vie indésirable, sont plus enclins à la confession devant un professionnel de la santé et, à ce titre, davantage en adéquation dans leurs tests psychiatriques. On peut toutefois donner des pistes de compréhension à ces données.

La désinsertion scolaire peut, comme le divorce, être une situation psychosociale potentiellement délétère pour le jeune. Il est intéressant de savoir, au fond, comment le jeune traduit cette rupture dans son comportement. Si l'on se réfère à la littérature, on note que la désinsertion scolaire fragilise la structure psychique de l'individu et tendrait à le rendre plus agressif (25). Wacjman, qui s'intéresse aux troubles du comportement des adolescents en institution, affirme que l'échec scolaire "ne fait que contribuer à leur humiliation permanente et au mépris qu'ils inspirent. (...) ils ne supportent pas les frustrations et

répondent par des passages à l'acte" (48, p.153). On pourrait imaginer que, dans ce contexte, le dépistage des pathologies psychiatriques soit plus aisé, en raison de sa meilleure visibilité par autrui et de l'environnement clos du foyer qui peut exacerber l'agressivité du jeune.

En résumé, les individus en désinsertion scolaire sont en adéquation dans leurs tests psychiatriques, car l'impact de cette rupture sur le comportement du jeune permet une meilleure visibilité du trouble psychiatrique par le clinicien.

#### *5.4 Optimisation de la prise en charge pour le clinicien*

Peu d'études s'intéressent à la congruence des évaluations psychiatriques concernant uniquement le patient, ce qui signe l'originalité de ce travail. Notre échantillon est représentatif d'une population où les pathologies psychiatriques sont majoritairement présentes. Ceci est d'autant plus important dans la discipline de la psychiatrie, où les preuves scientifiques et les mécanismes physiopathologiques ne sont pas entièrement compris. Il est ainsi capital pour le thérapeute d'avoir davantage d'informations sur son patient dans son contexte familial, scolaire et social, avec les meilleurs outils diagnostics à disposition. La connaissance des diverses populations où les discrédances dans les évaluations psychiatriques sont élevées peut être, à notre avis, un appui solide pour le clinicien, dans la mesure où la prise en charge de l'adolescent peut s'optimiser dès le départ, en évitant davantage le flou diagnostique. Premièrement, les entretiens des personnes plus sujettes aux inadéquations méritent davantage de temps dès le début, avec des questions potentiellement plus poussées sur le contexte d'apparition du symptôme, en cas de doute. Deuxièmement, la connaissance des incongruences pousse d'autant plus le thérapeute à questionner la sphère proche de l'adolescent au sujet de son trouble et permet, en fin de compte, de récolter davantage d'informations cliniques. Pour terminer, le clinicien peut, en connaissance de cause, suggérer des entretiens plus rapprochés pour cette population précise, ce qui, à terme, favorise également le lien thérapeutique. En somme, la connaissance des incongruences dans certains profils d'individus laisse la possibilité, pour le thérapeute, d'anticiper, voire de modifier, mais surtout d'optimiser la prise en charge actuelle des patients souffrant de troubles psychiatriques.

#### *5.5 Recherches futures*

Il serait intéressant d'approfondir ce travail en comparant davantage de valeurs sociodémographiques et d'observer leur potentielle influence sur la congruence dans des adolescents auto- et hétéro-évalués, en incluant également l'évaluation parentale. A titre d'exemples, nous pourrions opposer deux ethnies (migrants vs autochtones), des personnes d'orientation sexuelle diverses (hétérosexuels vs homosexuels) ou de filiation différente (légitime vs adoptive). De plus, la possibilité de tester ces hypothèses dans divers lieux



permettrait au clinicien de préciser les environnements où des inadéquations dans les évaluations psychiatriques sont élevées. On pourrait ainsi imaginer de comparer la congruence des adolescents dans les évaluations psychiatriques en fonction de leur lieu de vie (foyer d'adolescent vs domicile), de résidence (urbain vs rural) ou encore d'éducation (école privée vs publique). Enfin, il serait également utile de mener une étude similaire en prenant compte les sous-types de manifestations au sein d'un seul trouble psychopathologique.

### 5.6 Limites

La taille de notre échantillon représente la première limite de notre travail. En effet, soixante individus représentent un nombre insuffisant de participants pour permettre une généralisation de nos résultats statistiques sur une population plus large.

La procédure de l'étude est la deuxième limite de notre travail. En effet, les hétéro-évaluations sont effectuées par divers psychiatres/psychologues, tous inévitablement influencés par leur expérience, ce qui peut biaiser l'évaluation du trouble psychopathologique. Par ailleurs, la *p-value* de  $.<10$  choisie pour cette étude laisse une marge d'appréciation significative, à ne pas oublier dans l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, les sous-types de manifestations des troubles psychiatriques étudiés dans ce travail ne sont pas pris en compte, ce qui constitue la troisième limite de ce travail. En effet, en raison de l'hétérogénéité des manifestations au sein d'un unique trouble psychiatrique, nous pourrions relever une fluctuation de la congruence dans les évaluations psychiatriques. Finalement, les références utilisées dans cette étude datent parfois de plus de 10 ans, remettant en doute leur contenu qui n'est, possiblement, plus d'actualité.

## 6. Conclusion

Ce travail démontre l'importance de l'intégration de l'environnement familial, scolaire et social dans la prise en charge psychiatrique d'un adolescent. Le clinicien peut ainsi mieux aiguiller ses futures investigations afin d'avoir le diagnostic psychiatrique le plus représentatif des symptômes rapportés par le patient. A ce sujet, il nous paraît important que le thérapeute s'attarde non seulement sur le potentiel trouble dont le patient peut souffrir, mais également sur ses valeurs sociodémographiques qui peuvent exercer conjointement une influence sur l'adéquation des évaluations psychiatriques chez l'adolescent. Ainsi, la pathologie psychiatrique du jeune, son genre, son âge et certaines situations psychosociales sont des critères susceptibles de fluctuation au sein de la congruence dans les tests psychiatriques. Plus spécifiquement, les personnes souffrant de troubles externalisés, les garçons, les adolescents de jeune âge et finalement les individus en rupture scolaire sont davantage

congruents dans les évaluations psychiatriques auto- et hétéro-évaluées. En revanche, cette étude met en garde sur le fait qu'il existe davantage d'incongruences dans les évaluations psychiatriques chez les filles, les adolescents entre 16 et 17 ans, les individus dont les parents sont divorcés et les jeunes scolarisés.

Il existe une variabilité accrue de la congruence dans les tests psychiatriques des adolescents qui sont testés selon des variables évitables, comme le sont la situation psychosociale du jeune, un divorce de ses parents ou sa situation scolaire. Il est intéressant de noter que les adolescents âgés et les individus scolarisés sont davantage en inadéquation dans les évaluations psychiatriques, ce qui va à l'encontre de nos hypothèses préalables. Ces deux constatations démontrent tout l'intérêt des travaux de recherche.

A l'inverse, les personnes testées selon des objectifs non susceptibles d'être modifiés (irréversibles), comme l'âge ou le genre, ont globalement une tendance de congruence dans les tests psychiatriques au sein de chaque valeur sociodémographique.

Ces deux conclusions sont importantes pour l'esprit critique du clinicien face à des tests psychiatriques incongruents. La connaissance des variables faisant fluctuer l'efficacité des méthodes diagnostiques psychiatriques employées quotidiennement sont de précieux outils pour permettre une prise en charge adéquate. Pour conclure, la relation thérapeutique entretenue avec le jeune, au même titre que les solutions trouvées afin de renforcer ce lien, sont les pierres angulaires favorisant l'adéquation des évaluations psychiatriques de l'adolescent.

## 7. Références

1. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. Juillet 2007;20(4):359-64.
2. Gau SS, Chong MY, Chen TH, Cheng AT. A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *Am J Psychiatry*. Juillet 2005;162(7):1344-50.
3. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult Psychiatric and Suicide Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry Chic Ill*. Avril 2013;70(4):419-26.
4. Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Février 2002;41(2):182-9.
5. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. Juillet 2003;60(7):709-17..
6. Dumas JE. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent / Jean E. Dumas. 4e éd. revue et augm., [3e tirage]. Bruxelles: De Boeck supérieur; 2015.
7. De Los Reyes A, Kazdin AE. Multiple Discrepancies in the Assessment of Childhood Psychopathology: A Critical Review, Theoretical Framework, and Recommendations for Further Study. *Psycho Bull*. Juillet 2005;131(4):483-509.
8. Grills AE, Ollendick TH. Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Janvier 2003;42(1):30-40.
9. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull*. Mars 1987;101(2):213-32.
10. Brasil HH, Bordin IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):83.
11. Berg-Nielsen TS, Vika A, Dahl AA. When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child Care Health Dev*. Mai 2003;29(3):207-13.
12. Prinstein MJ, Nock MK, Spirito A, Grapentine WL. Multimethod assessment of suicidality in adolescent psychiatric inpatients: preliminary results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Septembre 2001;40(9):1053-61.
13. Chambers WJ, Puig-Antich J, Hirsch M, Paez P, Ambrosini PJ, Tabrizi MA, Davies M. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Arch Gen Psychiatry*. Juillet 1985;42(7):696-702.
14. Kazdin AE, French NH, Unis AS. Child, mother, and father evaluations of depression in psychiatric inpatient children. *J Abnorm Child Psychol*. Juin 1983;11(2):167-79.

15. Jensen PS, Rubio-Stipec M, Canino G, Bird HR, Dulcan MK, Schwab-Stone ME, et al. Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Décembre 1999;38(12):1569-79.
16. Choudhury MS, Pimentel SS, Kendall PC. Childhood anxiety disorders: parent-child (dis)agreement using a structured interview for the DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Août 2003;42(8):957-64.
17. Christensen A, Margolin G, Sullaway M. Interparental agreement on child behavior problems. *Psychol Assess*. 1992;4(4):419-25.
18. Duhig AM, Renk K, Epstein MK, Phares V. Interparental Agreement on Internalizing, Externalizing, and Total Behavior Problems: A Meta-analysis. *Clin Psychol Sci Pract*. Décembre 2000;7(4):435-53.
19. Treutler CM, Epkins CC. Are discrepancies among child, mother, and father reports on children's behavior related to parents' psychological symptoms and aspects of parent-child relationships? *J Abnorm Child Psychol*. Février 2003;31(1):13-27.
20. Chi TC, Hinshaw SP. Mother-child relationships of children with ADHD: the role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *J Abnorm Child Psychol*. Août 2002;30(4):387-400.
21. Lewis M, Alessandri SM, Sullivan MW. Differences in shame and pride as a function of children's gender and task difficulty. *Child Dev*. Juin 1992;63(3):630-8.
22. Harter S. *The construction of the self: developmental and sociocultural foundations* / Susan Harter ; foreword by William M. Bukowski. 2nd ed. . New York ; London: The Guilford Press; 2012.
23. Cungi C, Alliance thérapeutique avec les enfants et les adolescents. Dans: Holzer L, éditeur. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: une approche basée sur les preuves*. Paris: de Boeck; 2014. p. 9-44.
24. Poussin G. *Les enfants du divorce: psychologie de la séparation parentale* / Gérard Poussin, Elisabeth Martin-Lebrun. 2e éd.. Paris: Dunod; 2011.
25. Padioleau M-F. *Les 13-18 ans: ce qui se passe dans leur corps et dans leur coeur* / Marie-Françoise Padioleau. Paris: EdBalland; 1991.
26. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Juillet 1997;36(7):980-8.
27. Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39(1), 49-58. doi: 10.1097/00004583-200001000-00016.
28. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. Décembre 1988;56(6):893-7.
29. Beck AT, Steer RA. Relationship between the beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord*. Janvier 1991;5(3):213-23.

30. Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, 20, 47-55.
31. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. Décembre 1996;67(3):588-97.
32. Steer, R. A., & Beck, A. T. (2004). The Beck Depression Inventory-II. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.), *The concise Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science* (3 ed. ed., pp. 104-105). New-York: Wiley.
33. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *Inventaire de dépression de Beck (version 2 BDI-II)*. Paris: Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
34. Achenbach TM. Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile. Burlington, VT: Dept. of Psychiatry, University of Vermont; 1991.
35. Vermeersch, S., & Fombonne, E. (1997). Le Child Behavior Checklist: Résultats préliminaires de la standardisation de la version française. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45, 615-620.
36. Vreugdenhil C, van den Brink W, Ferdinand R, Wouters L, Doreleijers T. The ability of YSR scales to predict DSM/DISC-C psychiatric disorders among incarcerated male adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Mars 2006;15(2):88-96.
37. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Paris: Elsevier Masson; 2015.
38. Gatti U, Rocca G, Graap C, Tremblay R.E, Traitements psychosociaux fondés sur les preuves pour les problèmes de conduites chez les enfants et les adolescents, Dans: Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: une approche basée sur les preuves. Paris: de Boeck; 2014. p 283-321.
39. Dadds MR, Perrin S, Yule W. Social desirability and self-reported anxiety in children: an analysis of the RCMAS Lie scale. *J Abnorm Child Psychol*. Août 1998;26(4):311-7.
40. Comer JS, Kendall PC. A Symptom-Level Examination of Parent-Child Agreement in the Diagnosis of Anxious Youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Juillet 2004;43(7):878-86.
41. Choquet M, Ledoux S, Menke H. Consommation de drogues, santé et demande d'aide parmi les adolescents: approche longitudinale. 1988.
42. Vitaro F, Gendreau PL, Tremblay RE, Oligny P. Reactive and proactive aggression differentially predict later conduct problems. *J Child Psychol Psychiatry*. Mars 1998;39(3):377-85.
43. Cole PM, Zahn-Waxler C, Danielle K. Expressive control during a disappointment: Variations related to preschoolers' behavior problems. *Dev Psychol*. 1994;30(6):835-46.
44. Addis ME. Gender and Depression in Men. *Clin Psychol Sci Pract*. Septembre 2008;15(3):153-68.
45. Möller Leimkühler AM, Heller J, Paulus N-C. Subjective well-being and « male depression » in male adolescents. *J Affect Disord*. Février 2007;98(1-2):65-72.

46. Ryan RM, Brown KW 2006. What is Optimal Self-Esteem? The Cultivation and Consequences of Contingent vs. True Self-Esteem as Viewed from the Self Determination Theory Perspective. Dans: Kernis MH, éditeur. *Self-esteem Issues and Answers: A Sourcebook of Current Perspectives*. New York: Psychology Press; 2006. p 125-131.
47. Dishion TJ, McCord J, Poulin F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *Am Psychol*. Septembre 1999;54(9):755-64.
48. Wacjman C. *Adolescence et troubles du comportement en institution*. 3e éd. [revue, corrigée et complétée]. Paris: Dunod; 2011.
49. Picard C, Lavergne J, *Approches thérapeutiques non pharmacologiques dans les traitements des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent*. Dans: Holzer L, éditeur. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: une approche basée sur les preuves*. Paris: de Boeck; 2014. p. 45-86