

2

Données de prévalence

Les études épidémiologiques sur le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation en population générale ou délinquante sont nombreuses et apportent des informations riches sur la prévalence et le profil des sujets présentant ce type de troubles.

Ces études répondent aux critères de qualité attendus dans le champ de l'épidémiologie : des échantillons de grande taille ayant une bonne représentativité, des outils diagnostiques validés et fiables, des taux de participation élevés pour les études transversales et des taux de rétention forts pour les études prospectives.

Elles fournissent notamment des données sur les différentes formes cliniques des comportements perturbateurs : trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, selon l'âge d'apparition du trouble (précoce ou tardif), la durée du trouble (persistance ou non) et le genre du sujet atteint.

L'association avec d'autres troubles mentaux tels que le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles anxieux ou dépressifs, ou encore l'usage de substances psychoactives a également été étudiée.

Enfin, il existe quelques données sur l'évolution du trouble des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation vers le trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte.

Données et méthodes

Il existe de nombreuses études, dont plusieurs menées sur des cohortes importantes et sur de longs suivis ; ces études fournissent des données de qualité sur la prévalence en population générale d'enfants et d'adolescents présentant un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel (tableaux 2.I et 2.II).

Les études de prévalence en milieu carcéral ou auprès de jeunes placés en centre d'éducation spécialisé sont moins nombreuses (tableau 2.III).

Enfin, les études prospectives sur la violence juvénile sont pléthores ; elles ont apporté des données détaillées sur les facteurs associés à la délinquance,

Tableau 2.1 : Principales études longitudinales de prévalence en population générale

Études/Pays	Références	Population	Outils diagnostiques
<i>Christchurch psychiatric epidemiological study</i> Nouvelle-Zélande	Fergusson et coll., 1993 ; Fergusson et Horwood, 1998 ; Fergusson et coll., 2000 ; Fergusson et Woodward, 2000 ; Fergusson et Horwood, 2001	Enfants nés en 19771 265 sujets inclus Suivi sur 21 ans Évaluation à 0, 4 mois, 1 an puis tous les ans jusqu'à 16 ans, 18 ans et 21 ans	DISC-C DIS RBPC Echelles de Rutter A et B
<i>Dunedin study</i> Nouvelle-Zélande	Anderson et coll., 1987 ; Mcgee et coll., 1990 ; Mcgee et coll., 1992 ; Feehan et coll., 1994 ; Bardone et coll., 1998 ; Arseneault et coll., 2000	Tous les enfants nés dans une maternité de Dunedin en 1971-1972 1 037 inclus et suivi sur 21 ans Évaluation à 11 ans, 15 ans, 18 ans et 21 ans	DISC DIS Echelles de Rutter A et B RBPC
<i>Dutch epidemiological study</i> Hollande	Hofstra et coll., 2002	4-16 ans inclus en 1983 puis suivis sur 14 ans jusqu'à 18- 30 ans (1997), 2 évaluations en 1983 puis 1997	CBCL CID1
<i>Ile de Wright study</i> Grande-Bretagne	Rutter et coll., 1976	Enfants inclus à 9-10 ans 2 194 sujets (dont 294 ont eu une évaluation intensive) sur 5 ans Évaluation à l'inclusion et 4 ans plus tard	Entretien de Rutter et Graham Echelles de Rutter A et B
<i>Mannheim study</i> Allemagne	Esser et coll., 1990	Enfants nés en 1970 369 sujets inclus et suivis Évaluation à 8 ans et 13 ans	Entretien de Rutter et Graham
<i>Oregon study</i> États-Unis	Rohde et coll., 1991 ; Lewinsohn et coll., 1993	Recrutement sur 3 ans (1987-1989) de lycéens de classes 9 à 12 (4 ^{ème} -terminale) 1 508 inclus et suivi sur 1 an Évaluation à l'inclusion et 1 an plus tard	K-SADS

les facteurs de sévérité et pronostiques, le rôle des caractéristiques individuelles, familiales et environnementales sur le développement de comportements antisociaux ou délinquants chez les enfants et les adolescents (Farrington et Loeber, 2000 ; Loeber et coll., 2000 ; Rutter, 2001).

Tableau 2.II : Principales études transversales de prévalence en population générale

Études/Pays	Références	Population	Outils diagnostiques
<i>British child adolescent mental health survey</i> Grande-Bretagne	Ford et coll., 2003	5-15 ans 10 438 sujets inclus	DAWBA
<i>Chartres study</i> France	Fombonne, 1994	6-11 ans recrutés en école primaire en 1887 2 441 sujets inclus	CBCL Echelle de Rutter B Entretien de Rutter et Graham
<i>Colombia study</i> États-Unis	Kashani et coll., 1987	14-16 ans scolarisés 150 sujets inclus	DICA
<i>Dutch national epidemiological study</i> Hollande	Verhulst et coll., 1997	13-18 ans inclus en 1993 790 sujets inclus et évalués	DISC CBCL TRF
<i>Puerto Rico child psychiatry epidemiology study</i> Puerto Rico	Bird et coll., 1993	Enfants de 4 à 16 ans 386 sujets inclus	DISC CBCL TRF
<i>Valencia study</i> Espagne	Andres et coll., 1999	Enfants de 10 ans vivant à Valence 396 sujets inclus	K-SADS

Tableau 2.III : Principales études de prévalence en population délinquante ou psychiatrique

Références/Pays/Type d'étude	Population	Outils diagnostiques
Dimond et Misch, 2002 Grande-Bretagne <i>Étude transversale</i>	Jeunes en institution pour délinquants 19 sujets inclus	K-SADS
Pliszka et coll., 2000 États-Unis <i>Étude transversale</i>	Jeunes détenus de 15 ans en moyenne 50 sujets inclus	DISC
Randall et coll., 1999 États-Unis <i>Étude prospective</i>	Jeunes de 12-17 ans non incarcérés suivis sur 16 mois par le département de justice juvénile présentant un problème d'abus-dépendance de produit 118 sujets inclus	DISC-
Ruchkin et coll., 2003 Russie <i>Étude transversale</i>	Jeunes détenus de 14-19 ans 370 sujets inclus	K-SADS
Silverthorn et coll., 2001 États-Unis <i>Étude transversale</i>	Jeunes détenus de 13-18 ans 72 sujets inclus	<i>Adolescent Symptom Inventory-4</i> (liste des symptômes DSM-IV)
Teplin et coll., 2002 États-Unis <i>Étude transversale (1995-1998)</i>	Jeunes de 10-18 ans incarcérés pour une durée maximale de 30 jours en centre de détention provisoire 2 275 sujets sélectionnés	DISC
Vreugdenhil et coll., 2004 Hollande <i>Étude transversale</i>	Garçons de 12-18 ans incarcérés dans 6 des 9 centres de détention pour jeunes de Hollande 313 sujets inclus	DISC

Outils diagnostiques

La grande majorité des études sélectionnées a utilisé des outils de diagnostic validés sur les critères nosographiques du DSM et permettant de mesurer deux troubles différents : le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC). Pour ce dernier, certains auteurs ont distingué deux sous-types : le trouble des conduites agressif et le trouble des conduites non agressif selon le type de symptômes DSM présentés par le sujet (Mcgee et coll., 1990 ; Mcgee et coll., 1992 ; Loeber et coll., 2000 ; Romano et coll., 2004). La plupart des études rapportent des calculs d'accord intercotateurs (coefficients kappa) satisfaisants.

La liste des questionnaires de diagnostic validés utilisés pour mesurer le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites dans les études de prévalence est donnée dans le tableau 2.IV.

Sources d'information

Pour les enfants, le diagnostic ne peut être établi à partir d'une source unique. Il fait donc appel à l'enfant lui-même, à ses parents ou aux enseignants.

Selon les auteurs, les enfants constitueraient une mauvaise source d'information pour le trouble oppositionnel avec provocation et une bonne source d'information pour le trouble des conduites sévère (Loeber et coll., 2000).

Si les parents représentent une source très spécifique (les cas repérés sont très souvent « malades »), ils n'en demeurent pas moins une source peu sensible (beaucoup de « malades » non repérés) (Mcgee et coll., 1992 ; Romano et coll., 2004 ; Rutter et Graham 1966). En particulier, dans les familles présentant plusieurs enfants avec des troubles, les parents ne repèrent comme « malade » que l'enfant présentant le plus de symptômes (Rutter et Graham, 1966). Enfin, les parents confirment plus souvent le diagnostic des filles que celui des garçons (Mcgee et coll., 1992).

Par ailleurs, la prévalence des troubles serait sous-estimée si on n'inclut pas une interrogation des enseignants. Ces derniers sont des sources très sensibles mais peu spécifiques (Fombonne, 1994 ; Ford et coll., 2003). Ils surestiment les symptômes quand la distance culturelle avec l'enfant est grande (Dion et coll., 1998).

Compte tenu de ces éléments, la plupart des études interroge à la fois les enfants (entretien), les parents (entretien le plus souvent et autoquestionnaire parfois) et les enseignants (autoquestionnaire le plus souvent).

À l'adolescence, l'apport des parents et des enseignants pour le diagnostic est plus faible. Ainsi, il y a un désaccord sujet-parent dans la moitié des cas (Mcgee et coll., 1992 ; Verhulst et coll., 1997). Le plus souvent, c'est l'adolescent lui-même qui est la source principale du diagnostic.

Tableau 2.IV : Principaux outils diagnostiques utilisés pour identifier le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation

Source d'information		Intitulé de l'outil		Classification diagnostique DSM
Sujet	Enfant	DISC-C	<i>Diagnostic interview schedule- child version for child</i>	DSM-III et III-R
		DICA	<i>Diagnostic interview for children and adolescents</i>	DSM-III
		DAWBA	<i>Development and well-being assessment</i>	DSM-IV
	Adolescent	K-SADS	<i>Schedule of affective disorder and schizophrenia for school age children</i>	DSM-III-R et IV
		DICA	<i>Diagnostic interview for children and adolescents</i>	DSM-III
	Adulte	DIS	<i>Diagnostic interview schedule</i>	DSM-III-R
		CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>	DSM-IV
		SCID	<i>Structured clinical interview for DSM</i>	DSM-III-R
	Parent	DISC-P	<i>Diagnostic interview schedule- child version for parent</i>	DSM-III et III-R
SASD		<i>Schedule of affective disorder and schizophrenia</i>	DSM-III-R	
CBCL		<i>Child behaviour checklist</i>	-	
BCP		<i>Behaviour problem checklist</i>	-	
RBPC		<i>Revised behaviour problem checklist</i>	-	
-		Échelle de Rutter A (auto-questionnaire) Entretien de Rutter et Graham	-	
DICA		<i>Diagnostic interview for children and adolescents – parent version</i>	DSM-III	
DAWBA		<i>Development and well-being assessment-parent version</i>	DSM-IV	
Enseignant		Echelle de Rutter B (auto-questionnaire)	-	
	TRF	<i>Teacher Report Form</i> (auto-questionnaire)	-	
	DAWBA	<i>Development and well-being assessment</i> (auto-questionnaire - version courte)	-	

Prévalence du trouble des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation

Il convient de distinguer les études réalisées en population générale des études ciblant des populations spécifiques.

En population générale

L'étendue des prévalences ponctuelles du trouble des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation observée dans les principales études est présentée dans les tableaux 2.V et 2.VI.

Tableau 2.V : Prévalence en population générale du trouble des conduites et oppositionnel chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 13 ans

Étude/Pays	Références	Âge	Prévalences		
			Fille (%)	Garçon (%)	Total (%)
<i>Mannheim study</i> Allemagne	Esser et coll., 1990	8 ans	TC : 0	TC : 1,9	TC : 0,9
		13 ans	TC : 5	TC : 6	TC : 5,8
<i>Valencia study</i> Espagne	Andres et coll., 1999	10 ans	TC : 0,5	TC : 3,2	TC : 1,8
			TOP : 2,5	TOP : 4,9	TOP : 3,6
<i>Chartres study</i> France	Fombonne, 1994	6-11 ans	TC+HA : 3,2	TC+HA : 9,3	TC+ hyperactivité 6-11 ans : 6,5
					TC+ hyperactivité 8-9 ans : 7,4
					TC+ hyperactivité 10-11 ans : 5,3
<i>Dunedin study</i> Nouvelle- Zélande	Mcgee et coll., 1992	11 ans	-	-	TC agressif : 1,6
					TC non agressif : 0,4
					TOP : 1,3

TC : trouble des conduites ; TOP : trouble oppositionnel avec provocation ; HA : hyperactivité

Concernant le trouble oppositionnel avec provocation, la prévalence pendant l'enfance se situe autour de 3 à 4 % ; elle est plus élevée chez les garçons (4-5 %) que chez les filles (2-3 %). À l'adolescence, la prévalence varie de 1 à 3 % ; elle est également plus élevée chez les garçons (2-4 %) que chez les filles (1-2 %). Un pic de prévalence du trouble oppositionnel avec provocation a été mis en évidence autour de 8-10 ans pour les deux genres.

À l'inverse, la prévalence du trouble des conduites s'avère plus élevée à l'adolescence (3-9 %) que pendant l'enfance (2 %). Une différence entre les genres est également observée. Pour les garçons, les taux sont de 1-2 % pendant l'enfance et de 5-9 % pendant l'adolescence ; pour les filles, les taux sont de 0-3 % pendant l'enfance et de 2-5 % pendant l'adolescence. La prévalence augmente jusqu'à l'âge de 15 ans environ quel que soit le genre ; puis elle reste stable pour les garçons et diminue pour les filles.

Chez l'enfant, la forme agressive du trouble des conduites est rare (<1 %) et la forme non agressive représente environ 1 à 2 %. À l'adolescence, la prévalence totale des formes agressives est de 1-2 %. Les filles manifestant un trouble des conduites agressif sont très rares (Romano et coll., 2004), alors que la prévalence chez les garçons se situe autour de 4 %. À cette même période, les formes non agressives sont estimées entre 4 et 6 %.

Il existe une forte stabilité du diagnostic dans le temps : en moyenne les deux-tiers des sujets porteurs du diagnostic pendant l'enfance (trouble à début précoce) le sont toujours à l'adolescence (Graham et Rutter, 1973 ; Rutter

Tableau 2.VI : Prévalence en population générale du trouble des conduites et oppositionnel chez l'enfant et l'adolescent de 13-14 ans jusqu'à l'âge adulte

Étude/Pays	Références	Âge	Prévalences		
			Fille (%)	Garçon (%)	Total (%)
<i>British child adolescent mental health survey</i> Grande-Bretagne	Ford et coll., 2003	7-15 ans	TC : 0,8	TC : 2,1	TC 5-15 ans : 1,5
			TOP : 1,4	TOP : 3,2	TC 5-7 ans : 0,6
					TC 8-10 ans : 0,8
					TC 11-12 ans : 1,3
					TC 13-15 ans : 3,3
					TOP 5-15 ans : 2,3
					TOP 5-7 ans : 2,7
					TOP 8-10 ans : 2,8
					TOP 11-12 ans : 2,3
					TOP 13-15 ans : 1,4
<i>Ile de wright study</i> Grande-Bretagne	Rutter et coll., 1976	14-15 ans	-	-	TC : 2,1
<i>Dunedin study</i> Nouvelle-Zélande	Bardone et coll., 1998	15 ans	TC agressif :	TC agressif : 3,7	TC agressif : 1,3-1,6
	Mcgee et coll., 1992		TC+TOP : 0,9		TC non agressif : 4,4-5,7
	Mcgee et coll., 1990				TOP : 1,7-2
	Feehan et coll., 1994	18 ans	TC : 2,2	TC : 8,6	TOP+TC : 9
					TC : 5,5 ; IC 95% [4,1-7,2]
<i>Colombia study</i> États-Unis	Kashani et coll., 1987	14-16 ans	TC : 8 TOP : 4	TC : 9,3 TO : 8	TC : 8,7 ; IC95% [5-15] TO : 6 ; IC95% [3-11]
Oregon États-Unis	Lewinsohn et coll., 1993	14-17 ans	TC : 0,4 TOP : 0,5	TC : 0,9 TOP : 1,5	TC : 0,7 TOP : 1
<i>Dutch national epidemiological study</i> Hollande	Verhulst et coll., 1997	13-18 ans	-	-	TC : 5,6 TOP : 0,7
	Hofstra et coll., 2002	18-30 ans	TDHA +TC+TOP=1,2	TDHA +TC+TOP=6,2	
<i>Christchurch study</i> Nouvelle-Zélande	Fergusson et Horwood, 2001	18 ans	TC+TOP : 1,7	TC+TOP : 7,9	TC+TOP : 4,8

TC : trouble des conduites ; TOP : trouble oppositionnel avec provocation ;

TDHA : trouble déficit de l'attention/hyperactivité

et coll., 1976 ; Esser et coll., 1990 ; Farrington et Loeber, 2000 ; Loeber et coll., 2000). Cette continuité est un phénomène peu retrouvé pour les troubles émotionnels de l'enfant (Graham et Rutter 1973 ; Esser et coll., 1990).

Rutter note qu'aucun des sujets de ses différents travaux présentant un trouble émotionnel à dix ans ne répondait aux critères diagnostiques de trouble des conduites ou trouble oppositionnel avec provocation quatre ans plus tard (Rutter et coll., 1976). La persistance des troubles externalisés (mais aussi internalisés) de l'enfant est une caractéristique plus masculine que féminine (Rutter et coll., 1976 ; Esser et coll., 1990 ; Mcgee et coll., 1992 ; Rutter 2001). Le trouble à début précoce constitue ainsi un facteur de risque majeur de trouble à l'adolescence (Fergusson et Horwood, 2001).

En population délinquante

Le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation représentent les diagnostics les plus fréquents dans la population délinquante avec celui d'usage de drogue, ce dernier étant plus fréquent que l'usage d'alcool (Teplin et coll., 2002).

Selon les études, la prévalence du trouble des conduites se situe chez les garçons entre 29 % et 95 %, celle du trouble oppositionnel avec provocation étant de 8 % à 24 % (tableau 2.VII).

Tableau 2.VII : Prévalence en population délinquante du trouble des conduites et oppositionnel chez l'enfant et l'adolescent

Références/Pays	Prévalences			
	Âge	Filles (%)	Garçons (%)	Total (%)
Dimond et Misch, 2002 Grande-Bretagne	15-16 ans		TC+TOP : 95	
Pliszka et coll., 2000 États-Unis	15 ans en moyenne		TC : 60 TOP : 24	
Randall et coll., 1999 États-Unis	12-17 ans	TC : 32 TOP : 20	TC : 29 TOP : 8	TC : 30 TOP : 10 Trouble externalisé : 53
Ruchkin et coll., 2003 Russie	14-19 ans		TC : 73 dont 22 à début précoce	
Silverthorn et coll., 2001 États-Unis	13-18 ans	6 des TC ont un début précoce	46 des TC ont un début précoce	TC : 94
Teplin et coll., 2002 États-Unis	10-18 ans	TC : 41 TOP : 18	TC : 38 TOP : 15	
Vreugdenhil et coll., 2004 Hollande	12-18 ans		TC : 73 TOP : 14	

Les données disponibles concernant les filles sont rares mais elles tendent à montrer que ces troubles sont aussi fréquents que chez les garçons délinquants (Teplin et coll., 2002).

Chez les adolescents, la diminution de la prévalence du trouble oppositionnel avec provocation avec l'âge est observée comme en population générale, alors que l'âge n'a pas d'effet pour le trouble des conduites (Teplin et coll., 2002).

Notons qu'il existerait une surmortalité des adolescents délinquants (présentant ou non un diagnostic de trouble des conduites ou trouble oppositionnel avec provocation) à l'âge adulte, notamment par mort violente (accident, crime, suicide). Cette surmortalité est plus élevée lorsque les comportements antisociaux pendant l'adolescence sont importants et en cas d'usage d'alcool (Laub et Vaillant, 2000).

Données sur les différentes formes du trouble des conduites

Plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur des formes différentes du trouble des conduites selon l'âge de début du trouble et également selon le genre.

Âge de début précoce ou tardif

Selon Rutter et coll. (1976), le trouble débutant dans l'enfance (forme précoce) est différent de celui débutant à l'adolescence. En effet, le trouble à début précoce (avant dix ans) est plus souvent persistant (Rutter, 2001). Il a également un plus fort impact sur les acquisitions scolaires et intervient plus souvent dans un contexte familial pathologique (Rutter et coll., 1976).

Une étude en milieu carcéral montre que les garçons détenus avec un trouble des conduites à début précoce ont un risque plus élevé de trouble mental comorbide (abus de produits psychoactifs, état de stress post-traumatique, déficit de l'attention/hyperactivité), des symptômes plus sévères et des conduites délinquantes plus graves que ceux dont le trouble a débuté tardivement (Ruchkin et coll., 2003). Une autre étude en milieu carcéral va également dans le sens d'un moins bon pronostic du trouble à début précoce par rapport au trouble à début tardif ; de plus, un moins bon pronostic est associé à davantage d'antécédents d'abus sexuels, un âge plus avancé de première détention, et des traits de personnalité pathologique de type « insensibilité » et « impulsivité » plus fréquents (Silverthorn et coll., 2001). Les jeunes délinquants présentant un trouble des conduites à début précoce ont plus de risque de voir leurs comportements délinquants et violents persister à deux ans que les délinquants présentant un trouble à début tardif (Langstrom et Grann, 2002).

Forme persistante

Outre un âge de début précoce, le genre masculin, une comorbidité avec un trouble déficit de l'attention/hyperactivité (Loeber et coll., 2000), d'autres facteurs de risque de persistance du trouble ont été mis en évidence, comme la destructuration de la cellule familiale (Rutter, 2001), une personnalité antisociale ou des comportements antisociaux chez les parents (Loeber et coll., 2000 ; Rutter 2001), un bas niveau d'intelligence (Loeber et coll., 2000).

Selon Rutter (2001), le trouble à début tardif serait plus sensible à l'influence des pairs. Par ailleurs, Zoccolillo et coll. (1992) ont montré que le risque d'évolution vers un dysfonctionnement social à l'âge adulte était moindre si le sujet avait pu nouer une relation affective avec un partenaire ne présentant pas de trouble.

Variations selon le genre

Les facteurs associés au trouble des conduites ou trouble oppositionnel avec provocation sont les mêmes pour les filles et les garçons : difficultés et échec scolaires chez l'enfant (Rutter et coll., 1976 ; Fombonne, 1994 ; Rutter, 2001), quotient intellectuel (QI) bas (Rutter et coll., 1976 ; Fergusson et coll., 1993 ; Bardone et coll., 1998 ; Loeber et coll., 2000 ; Rutter, 2001), milieu défavorisé (Fergusson et coll., 1993 ; Farrington et Loeber, 2000 ; Loeber et coll., 2000), parents présentant une personnalité antisociale, des antécédents de délinquance ou d'abus de substances (Fergusson et coll., 1993 ; Loeber et coll., 2000 ; Rutter, 2001), éducation punitive associée à un défaut de cadre éducatif avec une inversion du rôle parent-enfant (Loeber et coll., 2000). Le risque de comorbidité serait également semblable pour les deux sexes (Bird et coll., 1993). Toutefois, en population d'adolescents incarcérés, les filles présentent davantage d'antécédents d'abus sexuels et de difficultés de contrôle des impulsions que les garçons ; elles ont également moins de placements en centre d'éducation spécialisée (Silverthorn et coll., 2001).

Les conséquences des troubles sont globalement les mêmes pour les deux sexes : délinquance (Fergusson et Horwood, 2001 ; Langstrom et Grann, 2002), dysfonctionnement social et relationnel à l'adolescence et l'âge adulte (Mcgee et coll., 1990 ; Feehan et coll., 1994), usage d'alcool, de drogue et de tabac (Bardone et coll., 1998 ; Fergusson et coll., 2000), tentatives de suicide (Fergusson et Woodward, 2000) et mort prématurée de type violent (Laub et Vaillant, 2000). Cependant, le risque de délinquance serait un peu moins important pour les filles (Fergusson et coll., 2000). Comparativement aux filles sans trouble des conduites, les filles avec ce type de trouble présentent précocement un nombre plus élevé de partenaires sexuels avec un risque accru de grossesse précoce (Bardone et coll., 1998).

Une étude en milieu carcéral montre que le profil des filles manifestant un trouble des conduites à début tardif est plus sévère que celui des garçons.

Elles présentent davantage d'antécédents d'abus sexuels, leurs symptômes de trouble oppositionnel sont plus nombreux et leur trait d'impulsivité est plus marqué. En revanche, les filles sont plus rarement placées en classes spéciales ; ceci pourrait dénoter une moindre attention portée aux problèmes scolaires des filles présentant ce trouble (Silverthorn et coll., 2001).

En conclusion, la prévalence du trouble oppositionnel avec provocation est maximale pendant l'enfance pour les deux sexes puis diminue. La prévalence du trouble des conduites augmente jusqu'à 14-16 ans ; ensuite, elle reste stable chez les garçons alors qu'elle diminue chez les filles. Ces deux diagnostics sont très fréquents en population délinquante. Contrairement aux troubles émotionnels, ces diagnostics sont stables dans le temps chez un sujet donné ; de plus, il existe une certaine continuité du trouble oppositionnel avec provocation (enfance) vers le trouble des conduites (adolescence). Les facteurs associés à ces troubles diffèrent peu selon le sexe (difficultés scolaires, milieu social défavorisé, cadre familial pathologique, QI inférieur à la moyenne). Le début précoce du trouble, le genre masculin, la comorbidité avec le trouble déficit d'attention/hyperactivité et un environnement parental/éducatif pathologique sont autant de facteurs favorisant la chronicité du trouble des conduites.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON JC, WILLIAMS S, MCGEE R, SILVA PA. DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987, **44** : 69-76

ANDRES MA, CATALA MA, GOMEZ-BENEYTO M. Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilization of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, **34** : 175-179

ARSENAULT L, MOFFITT TE, CASPI A, TAYLOR PJ, SILVA PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000, **57** : 979-986

BARDONE AM, MOFFITT TE, CASPI A, DICKSON N, STANTON WR, SILVA PA. Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 594-601

BIRD HR, GOULD MS, STAGHEZZA BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 361-368

DIMOND C, MISCH P. Psychiatric morbidity in children remanded to prison custody - A pilot study. *J Adolesc* 2002, **25** : 681-689

DION C, GOTOWIEC A, BEISER M. Depression and conduct disorder in native and non-native children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 736-742

ESSER G, SCHMIDT MH, WOERNER W. Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children-results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1990, **31** : 243-263

FARRINGTON DP, LOEBER R. Epidemiology of juvenile violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000, **9** : 733-748

FEEHAN M, MCGEE R, RAJA SN, WILLIAMS SM. DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Aust N Z J Psychiatry* 1994, **28** : 87-99

FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, LYNSKEY MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 1127-1134

FERGUSSON DM, HORWOOD LJ. Early conduct problems and later life opportunities. *J Child Psychol Psychiatry* 1998, **39** : 1097-1108

FERGUSSON DM, WOODWARD LJ. Educational, psychosocial, and sexual outcomes of girls with conduct problems in early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, **41** : 779-792

FERGUSSON DM, WOODWARD LJ, HORWOOD LJ. Gender differences in the relationship between early conduct problems and later criminality and substance abuse. *Int J Meth Psychiatr Res* 2000, **8** : 179-191

FERGUSSON DM, HORWOOD LJ. The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Aust N Z J Psychiatry* 2001, **35** : 287-296

FOMBONNE E. The Chartres Study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. *Br J Psychiatry* 1994, **164** : 69-79

FORD T, GOODMAN R, MELTZER H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, **42** : 1203-1211

GRAHAM P, RUTTER M. Psychiatric disorder in the young adolescent: a follow-up study. *Proc R Soc Med* 1973, **66** : 1226-1229

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* 2002, **41** : 182-189

KASHANI JH, BECK NC, HOEPER EW, FALLAHI C, CORCORAN CM, MCALLISTER JA et coll. Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1987, **144** : 584-589

LANGSTROM N, GRANN M. Psychopathy and violent recidivism among young criminal offenders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002, **106** : 86-92

LAUB JH, VAILLANT GE. Delinquency and mortality: A 50-year follow-up study of 1,000 delinquent and non delinquent boys. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 96-102

LEWINSOHN PM, HOPS H, ROBERTS RE, SEELEY JR, ANDREWS JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993, **102** : 133-144

LOEBER R, GREEN SM, LAHEY BB, FRICK PJ, MCBURNETT K. Findings on disruptive behavior disorders from the first decade of the Developmental Trends Study. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000, **3** : 37-60

MCGEE R, FEEHAN M, WILLIAMS S, PARTRIDGE F, SILVA PA, KELLY J. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 611-619

MCGEE R, FEEHAN M, WILLIAMS S, ANDERSON J. DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 50-59

PLISZKA SR, SHERMAN JO, BARROW MV, IRICK S. Affective disorder in juvenile offenders: A preliminary study. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 130-132

RANDALL J, HENGGELER SW, PICKREL SG, BRONDINO MJ. Psychiatric comorbidity and the 16-month trajectory of substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 1118-1124

ROHDE P, LEWINSOHN PM, SEELEY JR. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnorm Psychol* 1991, **100** : 214-222

ROMANO E, BAILLARGEON RH, WU HX, ZOCCOLILLO M, VITARO F, TREMBLAY RE. A new look at inter-informant agreement on conduct disorder using a latent class approach. *Psychiatry Res* 2004, **129** : 75-89

RUCHKIN V, KOPOSOV R, VERMEIREN R, SCHWAB STONE M. Psychopathology and Age at Onset of Conduct Problems in Juvenile Delinquents. *J Clin Psychiatry* 2003, **64** : 913-920

RUTTER M, GRAHAM P. Psychiatric disorder in 10- and 11-year-old children. *Proc R Soc Med* 1966, **59** : 382-387

RUTTER M, TIZARD J, YULE W, GRAHAM P, WHITMORE K. Research report: Isle of Wight Studies, 1964-1974. *Psychol Med* 1976, **6** : 313-332

RUTTER M. Conduct disorder: future directions. An afterword. *In* : Conduct disorder in childhood and adolescence. HILL J, MAUGHAN B eds, Cambridge University Press, 2001 : 553-572

SILVERTHORN P, FRICK PJ, REYNOLDS R. Timing of onset and correlates of severe conduct problems in adjudicated girls and boys. *J Psychopathology Behav Assessment* 2001, **23** : 171-181

TEPLIN LA, ABRAM KM, MCCLELLAND GM, DULCAN MK, MERICLE AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 2002, **59** : 1133-1143

VERHULST FC, VAN DER ENDE J, FERDINAND RF, KASIUS MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 329-336

VREUGDENHIL C, DORELEIJERS TA, VERMEIREN R, WOUTERS LF, VAN DEN BRINK W. Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004, **43** : 97-104

ZOCCOLILLO M, PICKLES A, QUINTON D, RUTTER M. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psycho Med* 1992, **22** : 971-986