

1

Définitions et classifications

Du latin *conducere* (conduire), une « conduite » est une manière d'agir, de se comporter. Dans le « Manuel alphabétique de psychiatrie » d'Antoine Porot, paru en 1955, la signification du terme de conduite n'est pas différente de celle du comportement, « bien qu'y soient plus fréquentes des connotations morales ». Cette seule phrase résume toute la difficulté de définir, et donc d'analyser et traiter le « trouble des conduites », non seulement à l'interface mais à l'intersection de la psychiatrie et de la justice, entre soin et réparation, entre l'hôpital et la prison.

En effet, le trouble des conduites est considéré comme « un ensemble de conduites dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge du sujet ». En regard, la « délinquance » correspond à l'ensemble des comportements conduisant à commettre des infractions, considérées dans leur dimension sociale.

Ainsi se pose la question de la différenciation et de la limite entre trouble des conduites (diagnostic individuel psychiatrique) et délinquance (phénomène social). C'est par l'approche développementale et clinique que le trouble des conduites peut être relié à la délinquance ; cette dernière est par ailleurs abordée selon des perspectives psychosociales et criminologiques dans d'autres contextes (Born, 2003).

Apport de l'histoire du concept dans la compréhension du trouble des conduites

Les troubles du comportement de l'enfant ont toujours questionné entre responsabilité et culpabilité, entre loi et médecine, entre criminologie et psychiatrie.

Certains ont défendu l'importance de l'abord psychologique du phénomène, pendant que d'autres s'appuyaient sur la morale. De fait, les modes de prise en charge proposés ont toujours oscillé entre soin et punition ; en se référant à la terminologie anglo-saxonne, s'agit-il de *mad boys* ou de *bad boys* ?

Les difficultés de définition ont été abordées depuis des décennies avec, en parallèle, une succession de tentatives de compréhension de ces manifestations : sont-elles innées ou acquises ?

Nous disposons aujourd'hui de nombreuses descriptions d'auteurs à travers l'Europe du XIX^e et XX^e siècle où l'accent est mis sur une anomalie congénitale de l'instinct : c'est, selon les auteurs, le « criminel-né » de Lombroso (1876), la « manie sans délire » de Pinel (1801), la « monomanie instinctive ou impulsive » d'Esquirol (1838), la « folie des dégénérés » de Morel (1857), la « *moral insanity* » de Pritchard (1835), les « *moralische krankheiten* » des auteurs allemands, ou encore la « folie des instincts » de Maudsley (1888). Ce courant d'idées constitutionnalistes, combattu par Falret (1864) en France, s'est poursuivi longtemps : Magnan et Legrain, en 1895, puis Dupré (1912) et d'autres ont décrit les « pervers constitutionnels », et c'est dans le même esprit que Kraepelin crée le terme de « personnalité psychopathique » que Schneider a ensuite développé (1955). Dans la classification de ce dernier, retenons les « psychopathes apathiques » faisant référence à des individus « sans compassion, sans pudeur, sans honneur, sans repentir, sans conscience, qui sont souvent par nature sombres, froids, grognons et brutaux dans leur comportement social ». Ce sont finalement les courants psychanalytiques qui ont pris le contre-pied de ces théories constitutionnalistes en valorisant le rôle de l'environnement dans la genèse des troubles.

Datant de la première partie du XX^e siècle, les travaux d'August Aichhorn, élève de Freud et directeur d'un établissement pour délinquants en Autriche, paraissent aujourd'hui d'une remarquable actualité : « Chaque enfant est d'abord un être asocial qui recherche avant tout la satisfaction immédiate de ses besoins instinctuels, sans considération pour le monde alentour. Ce comportement, normal pour un jeune enfant, est considéré comme asocial ou dyssocial chez un adulte. C'est aux adultes d'apprendre aux enfants, qui sont tous dyssociaux de naissance, à s'adapter aux demandes de la société » (Aichhorn, 1925). August Aichhorn est à l'origine de ce qui est devenu la psycho-éducation.

Les courants de recherche portant sur le rôle de l'environnement et sur les facteurs constitutionnels se sont ensuite poursuivis, et se poursuivent encore, en intégrant les différents éléments susceptibles de présider aux troubles du comportement de l'enfant.

Mais les terminologies sont jusque là bien hésitantes. En France, Léon Michaux traite de « l'enfant pervers » (Michaux, 1950 et 1952), le terme désignant « Le contraste du désordre des actes résultant de la viciation instinctive avec la lucidité intellectuelle ». Dans cette définition, « l'enfant pervers » est proche de l'enfant atteint de trouble des conduites ; et « Il y a peu de pervers instinctifs qui ne versent pas tôt ou tard dans la délinquance » englobe tous les actes antisociaux des mineurs, de l'infraction simple au crime. Mais, ajoute l'auteur, « délinquance infantile ne préjuge pas nécessairement de perversité ».

Michaux pose bien les questions des facteurs étiologiques, mais aussi la question sanction/éducation de « l'enfance coupable » : « Les auteurs les plus avertis sont tous d'accord sur l'importance considérable de l'hérédité, des

antécédents pathologiques personnels, du milieu familial et social, des déficiences intellectuelles et des troubles caractériels » et « Autrefois, la délinquance infantile était jugée en soi et sanctionnée par une peine ; aujourd'hui, elle n'est sanctionnée que par des mesures éducatives que l'on tâche d'approprier à chaque cas déterminé ».

Entre les années 1970 et 1990, en France, les principaux ouvrages de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent abordent généralement de façon transversale les passages à l'acte, les tendances à l'agir, les conduites agressives, la délinquance, et sous forme d'« entité » les personnalités psychopathiques. Pourtant, de Ajuriaguerra (1977) récusait le terme de psychopathie « parce qu'il n'est pas toujours précis, qu'il est souvent utilisé comme jugement plutôt que comme diagnostic, qu'il est devenu péjoratif pour la personne qui en est qualifiée, qu'il est insatisfaisant pour les psychiatres » et que, comme l'a dit Kanner avec humour et clairvoyance : « Un psychopathe est quelqu'un qu'on n'aime pas ».

Classifications internationales

C'est l'arrivée et l'utilisation des grandes classifications internationales qui vont permettre de préciser les tableaux symptomatiques des troubles du comportement de l'enfant, en dehors des conceptions psychopathologiques, morales et juridiques.

Classifications successives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

En 1938, la CIM-5 (Classification internationale des maladies ou ICD en anglais) inclut pour la première fois les maladies des systèmes nerveux et des organes sensoriels. La CIM-6 introduit, en 1948, une section pour les troubles mentaux. La CIM-8, en 1965, crée une catégorie spécifique intitulée « troubles du comportement de l'enfance ».

Puis la CIM-9 (1977-1978), au sein de 10 catégories consacrées aux troubles mentaux, s'intéresse aux troubles du comportement à travers plusieurs types de troubles :

- le trouble des conduites avec différents sous-types : type socialisé, non socialisé, compulsif, mixte, avec hyperkinésie, sans trouble de la personnalité ;
- le trouble hyperkinétique ;
- les troubles de l'adaptation ;
- les personnalités amORAles, antisociales, asociales ;
- le comportement dyssocial sans trouble psychiatrique (code V).

Enfin, la CIM-10 (1992) réorganise la classification afin d'établir sa cohérence avec la classification américaine en faisant apparaître le chapitre F90-F98 inti-

tulé « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence ».

La catégorie F91 définit le trouble des conduites comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant ». Une notion de durée nécessaire de 6 mois au moins est introduite, et une liste de 23 symptômes est proposée, sans hiérarchie ni regroupement (tableau 1.1) (OMS, 1994). Les diagnostics d'exclusion sont la schizophrénie, la manie, la dépression, le trouble envahissant du développement, le trouble hyperkinétique. Il est par ailleurs recommandé de spécifier l'âge de début d'apparition des troubles, avant ou après 10 ans.

Tableau 1.1 : Symptômes du trouble des conduites selon la CIM-10

1. A des accès de colère anormalement fréquents et violents, compte tenu du niveau de développement
 2. Discute souvent ce que lui disent les adultes
 3. S'oppose souvent activement aux demandes des adultes ou désobéit
 4. Fait souvent, apparemment de façon délibérée, des choses qui contrarient les autres
 5. Accuse souvent autrui d'être responsable de ses fautes ou de sa mauvaise conduite
 6. Est souvent susceptible ou contrarié par les autres
 7. Est souvent fâché ou rancunier
 8. Est souvent méchant ou vindicatif
 9. Ment souvent ou ne tient pas ses promesses, pour obtenir des objets ou des faveurs ou pour éviter des obligations
 10. Commence souvent les bagarres (ne pas tenir compte des bagarres entre frères et sœurs)
 11. A utilisé une arme qui peut sérieusement blesser autrui (par exemple un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
 12. Reste souvent dehors après la tombée du jour, malgré l'interdiction de ses parents (dès l'âge de 13 ans ou avant)
 13. A été physiquement cruel envers des personnes (par exemple ligote, coupe, ou brûle sa victime)
 14. A été physiquement cruel envers les animaux
 15. A délibérément détruit les biens d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)
 16. A délibérément mis le feu pouvant provoquer, ou pour provoquer des dégâts importants
 17. Vole des objets d'une certaine valeur, sans affronter la victime, à la maison ou ailleurs qu'à la maison (par exemple vol à l'étalage, cambriolage, contrefaçon de documents)
 18. Fait souvent l'école buissonnière, dès l'âge de 13 ans ou avant
 19. A fugué au moins à deux reprises ou au moins une fois sans retour le lendemain, alors qu'il vivait avec ses parents ou dans un placement familial (ne pas tenir compte des fugues ayant pour but d'éviter des sévices physiques ou sexuels)
 20. A commis un délit en affrontant la victime (par exemple vol de porte-monnaie, extorsion d'argent, vol à main armée)
 21. A contraint quelqu'un à avoir une activité sexuelle
 22. Malmène souvent d'autres personnes (c'est-à-dire les blesse ou les fait souffrir, par exemple en les intimidant, en les tourmentant ou en les molestant)
 23. Est entré par effraction dans la maison, l'immeuble, ou la voiture d'autrui
-

Les différents sous-types sont définis par le degré de sévérité (léger, moyen, sévère), par l'existence d'une comorbidité émotionnelle ou d'hyperactivité associée, et surtout par le mode de regroupement des symptômes. Ce dernier point est important car l'accent est mis sur l'aspect de socialisation et la CIM-10 fait la distinction entre différents types de troubles des conduites :

- les types socialisé *versus* type mal socialisé, qui se définissent respectivement par la présence *versus* l'absence de relations amicales durables dans le groupe d'âge ;
- le type limité au milieu familial, dans lequel les troubles ne s'expriment que dans le cadre de l'habitat familial ;
- le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) qui, en dehors des catégories non spécifiées, est individualisé par la CIM-10 au sein même des troubles des conduites et qui est caractérisé par 4 symptômes ou plus parmi la liste proposée, mais pas plus de 2 au sein des symptômes numérotés de 9 à 23.

La catégorie F90 concerne les troubles hyperkinétiques, au sein desquels un groupe fait référence à la comorbidité trouble hyperkinétique et des conduites.

Classification de l'*American Psychiatric Association*, le DSM

C'est dans la seconde version du DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), le DSM-II, que le trouble des conduites a été cité pour la première fois, en 1968, sous la forme de quatre catégories :

- trouble transitoire situationnel de l'enfance ou de l'adolescence ;
- réaction agressive antisociale de l'enfance ou de l'adolescence ;
- réaction délinquante de groupe de l'enfance ou de l'adolescence ;
- comportement dyssocial.

Dans le DSM-III (1980), les comportements antisociaux ont été scindés en deux catégories distinctes : le trouble oppositionnel et le trouble des conduites, avec différents sous-types en fonction de la socialisation et de l'existence ou non d'agressivité (mal socialisé agressif/non agressif ; socialisé agressif/non agressif).

Comme dans les versions suivantes, certains troubles des conduites sont situationnels et sont donc inclus dans les catégories « troubles de l'adaptation de l'enfance ou de l'adolescence » :

- avec perturbation de la conduite ;
- avec perturbation mixte ;
- s'ajoute un Code V pour le comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent, non dû à un trouble mental.

À partir du DSM-III-R (révisé), le trouble oppositionnel devient « trouble oppositionnel avec provocation » dont la caractéristique essentielle consiste en un ensemble de comportements négativistes, hostiles et provocants, sans

qu'il y ait violation plus grave des droits fondamentaux des autres, telle qu'on la rencontre dans le trouble des conduites.

Ainsi, au sein du chapitre « Comportements perturbateurs » du DSM-III-R, trois catégories sont distinguées : l'hyperactivité avec déficit de l'attention, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites, avec deux sous-types (en groupe et solitaire agressif) et un type indifférencié. Dans cette classification, l'accent est donc mis sur les aspects sociaux et moraux (Earls et Mezzacappa, 2002), mais cette classification ne paraît pas adaptée à toutes les populations, en particulier au diagnostic des filles dans les formes à début précoce (Zoccolillo et coll., 1996).

C'est en 1994 que le DSM-IV restructure la catégorie du trouble des conduites, tout en conservant le même type de découpage, dans un chapitre qui s'intitule « Déficit de l'attention et comportements perturbateurs », avec quatre grandes catégories : le trouble des conduites, l'hyperactivité qui change de nom pour devenir « trouble déficit de l'attention/hyperactivité », le trouble oppositionnel avec provocation, et le trouble du comportement perturbateur non spécifié.

Selon le DSM-IV, le trouble est défini comme un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoignent au moins trois critères au cours des 12 derniers mois et au moins un au cours des 6 derniers mois (« critère A »). La durée de 12 mois est une nouveauté, et surtout il y a un regroupement des symptômes en quatre catégories (tableau 1.II).

Le trouble entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel (« critère B »).

Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la personnalité antisociale (« critère C »). Le sujet doit avoir manifesté un trouble des conduites avant 15 ans pour répondre au critère de personnalité antisociale.

Les comportements caractéristiques se produisent habituellement dans des contextes variés, à l'école, à la maison, à l'extérieur. Les sujets atteints ont tendance à minimiser leurs problèmes de comportement, et il faut donc se renseigner auprès de l'entourage ; mais la famille peut elle-même avoir une connaissance limitée des problèmes, du fait d'un manque de surveillance ou parce que l'enfant lui dissimule ses actes.

Les sujets atteints déclenchent souvent les hostilités ou réagissent agressivement envers les autres. En fonction de l'âge, la violence physique peut aller jusqu'au viol, aux coups et blessures, et à l'homicide. La destruction délibérée de biens appartenant à autrui est un autre trait caractéristique (incendie volontaire, vandalisme...). La catégorie des actes frauduleux et des vols concerne les mensonges, les fraudes, les contrefaçons, les arnaques. Enfin, la violation des règles correspond à l'école buissonnière, l'absentéisme au travail, le

fait de ne pas rentrer chez soi le soir, et les fugues à condition que celles-ci ne soient pas la conséquence directe d'une situation de maltraitance intrafamiliale.

Tableau 1.II : Critères diagnostiques « A » du trouble des conduites selon le DSM-IV

Conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique (critères 1-7)

1. Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
2. Commence souvent les bagarres
3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (par exemple un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu)
4. A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
5. A fait preuve de cruauté physique envers des animaux
6. A commis un vol en affrontant la victime (par exemple agression, vol de sac à main, extorsion d'argent, vol à main armée)
7. A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique (critères 8-9)

8. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
9. A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu)

Fraudes ou vols (critères 10-12)

10. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
11. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (par exemple « arnaque » les autres)
12. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (par exemple vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon)

Violations graves des règles établies (critères 13-15)

13. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
 14. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
 15. Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
-

Les sujets manifestent en général peu d'empathie et peu de sollicitude envers autrui. Dans les situations ambiguës, ils interprètent souvent à tort les intentions des autres comme hostiles et menaçantes et réagissent avec une agressivité qu'ils considèrent justifiée. Ils peuvent être durs, sans remords ni culpabilité. Ils dénoncent facilement les autres ou essaient d'attribuer leurs méfaits à d'autres. On note souvent également une faible tolérance à la frustration, une irascibilité, des accès de colère, des imprudences avec des conduites dangereuses, à risque d'accidents.

Deux sous-types sont distingués en fonction de l'âge de début, soit avant l'âge de 10 ans (type à début pendant l'enfance) ou à partir de 10 ans (type à début pendant l'adolescence). Lorsque l'âge de début n'est pas connu, le trouble est à début non spécifié.

Par ailleurs, trois niveaux de sévérité sont distingués :

- léger, pour lequel il n'existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; de plus, les problèmes de conduite n'occasionnent que peu de mal à autrui ;
- moyen, pour lequel le nombre de problèmes de conduite, ainsi que leurs effets sur autrui, sont intermédiaires entre « léger » et « sévère » ;
- sévère, pour lequel il existe de nombreux problèmes de conduite dépassant en nombre ceux requis pour le diagnostic ; ou bien, les problèmes de conduite occasionnant un dommage considérable à autrui.

Dans le DSM-IV-TR (Texte révisé, 2000), les critères diagnostiques, les définitions de sévérité et les sous-types ont été repris de façon identique.

Validité du diagnostic

Les études sur le terrain ont montré la validité du diagnostic pour l'enfant d'âge scolaire et pour les adolescents, ainsi que sa stabilité (Lahey et coll., 1994).

La validité pour les individus préscolaires a été ultérieurement démontrée ; la revue de littérature de Keenan et Wakschlag (2002) montre la validité des diagnostics de trouble oppositionnel et de trouble des conduites chez des enfants d'âge préscolaire. En particulier, sur un échantillon de 79 enfants référés pour colères, agressions et désobéissance, les scores sur les facteurs externalisés à la *Child behavior check list* (CBCL) sont élevés pour le trouble oppositionnel et pour le trouble des conduites, mais les enfants avec un diagnostic de trouble des conduites se différencient de ceux ayant un trouble oppositionnel par un plus mauvais fonctionnement, et sont plus destructeurs, et plus désobéissants. La publication de Keenan et Wakschlag (2004) confirme cette validité en comparant un échantillon de 86 enfants entre 2,5 et 5,5 ans adressés en service spécialisé et 50 enfants d'un service de pédiatrie. Un seul enfant (2 %) du groupe témoin répond aux critères du TOP contre 47 (59,5 %) dans le groupe référé. Un enfant du groupe témoin a les critères du trouble des conduites pour 33 (41 %) dans le groupe référé. De leur côté, Wakefield et coll. (2002) insistent sur le manque de validité de la catégorie diagnostique trouble des conduites si le sujet vit en environnement défavorable. En effet, selon ces auteurs, le port d'arme, les conduites illégales ou violentes peuvent être justifiés et/ou encouragés par la pression du milieu, les nécessités de se défendre et de survivre dans un environnement hostile.

Intérêt et validité de la distinction entre début pendant l'enfance et début à l'adolescence

Un consensus semblait avoir été établi sur la validité de ces deux groupes, ceci en particulier pour les garçons, grâce aux travaux de Moffitt (1993), Robins et coll. (1991), Tolan et Thomas (1995) et confirmé par Lahey et coll. (1998 et 1999).

Les formes du type à début pendant l'enfance seraient les plus agressives, essentiellement masculines et accompagnées de mauvaises relations avec les pairs, avec une fréquente comorbidité de trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Elles seraient associées à un quotient intellectuel plus faible, à un environnement familial plus perturbé, à un risque important d'évolution vers la personnalité antisociale, et précédées d'un trouble oppositionnel avec provocation (TOP). De plus, elles auraient une évolution plus chronique.

Les formes du type à début pendant l'adolescence auraient un ratio garçons/filles moins élevé ; elles seraient moins agressives, caractérisées par de meilleures relations avec les pairs et de meilleur pronostic.

Cependant, l'étude prospective de Sanford et coll. (1999) remet en question la validité de cette distinction et souligne la nécessité d'une évaluation par d'autres études. En effet, les auteurs confirment dans la forme précoce l'importante comorbidité de TDAH avec des perturbations familiales plus accentuées. Cependant, ils relèvent que si le niveau des symptômes agressifs est plus élevé dans la forme précoce, il en est de même pour les symptômes non agressifs. Ils notent aussi qu'il n'y a pas plus de garçons concernés, que les quotients intellectuels ne sont pas plus faibles et, enfin, que l'âge de début n'a pas de valeur prédictive de sévérité.

Comparaison entre DSM-IV et CIM-10

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'OMS a réorganisé la CIM-10 pour se rapprocher de la classification DSM. En effet, les deux classifications évoquent la distinction début précoce/début tardif.

Toutefois, la classification CIM-10 présente davantage de ressemblance avec le DSM-III-R qu'avec le DSM-IV, dans la mesure où elle met en avant l'aspect socialisation et ne regroupe pas les symptômes. L'autre différence essentielle réside dans le fait que le trouble oppositionnel est une catégorie distincte dans le DSM et un sous-groupe du trouble des conduites dans la CIM.

Classification française

En 1988, la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA, Mises et coll., 1988) diffère des classifications internationales car elle ne veut pas se limiter à une description de symptômes juxtaposés ; elle s'adresse « aux psychiatres intéressés par la compréhension des troubles et par le repérage de leur dimension processuelle », le diagnostic nécessitant donc une analyse psychopathologique approfondie. Les comportements sont analysés à la lumière du fonctionnement psychique du sujet névrotique, psychotique ou psychopathique. On peut faire l'hypothèse qu'au trouble des conduites correspondent, au sein des pathologies de la

personnalité, les deux catégories suivantes se référant à la psychopathie et à la perversion :

- 3.02 Organisations de type psychopathique : troubles dominés par la tendance à l'agir, la violence, le déni des normes sociales (exclure les troubles des conduites et du comportement de type névrotique ou psychotique) ;
- 3.03 Organisations de type pervers : pratiques sexuelles déviantes et/ou comportements fondés sur la destructivité sans prise en considération d'autrui.

En 2002, à la suite de travaux avec une équipe de l'OMS, une version révisée de la CFTMEA est publiée (Mises et coll., 2002), présentant davantage d'équivalences avec la CIM-10, pour une meilleure communication internationale. Dans le chapitre 7 intitulé « Troubles des conduites et des comportements », sont distingués les troubles présentés dans le tableau 1.III.

Tableau 1.III : Troubles des conduites et des comportements d'après la CFTMEA

7.0 Troubles hyperkinétiques
7.7 Autres troubles caractérisés des conduites
7.70 Pyromanie
7.71 Kleptomanie
7.72 Trichotillomanie
7.73 Fugues
7.74 Violence contre les personnes
7.75 Conduites à risques
7.76 Errance
7.78 Autres troubles caractérisés des conduites (non secondaires à un syndrome psychiatrique avéré)

Les catégories « fugues, violences et autres » correspondent en partie au trouble des conduites de la CIM-10.

Au sein du chapitre 3, consacré aux pathologies limites, la catégorie 3.3 « pathologie limite à dominante comportementale » correspond à la catégorie F91 « trouble des conduites » et F60.2 « personnalité dyssociale » de la CIM-10, sans leur être entièrement assimilables. Ce groupe concerne les troubles dominés par la tendance à l'agir, le trouble des conduites dans les échanges avec autrui, le défaut de contrôle, le déni des règles sociales, la répétition des échecs, le défaut d'influence des sanctions.

Le trouble des conduites peut être codé en une catégorie complémentaire qui inclut : les troubles caractériels liés à une pathologie limite, les déséquilibres caractériels graves, l'évolution vers la psychopathie. Cette catégorie exclut : les autres pathologies limites, le trouble des conduites de type névrotique, le trouble des conduites de type psychotique, les troubles réactionnels.

Différences entre filles et garçons

La plupart des études portent sur les garçons, probablement parce que les conséquences économiques sont plus lourdes chez ceux-ci, et aussi du fait que les critères diagnostiques ont été établis à partir des garçons (Mezzacappa et Earls, 1998 ; Keenan et coll., 1999). Mais l'apparition au cours des dernières années de gangs de filles et l'augmentation de la délinquance féminine ont suscité un intérêt pour le trouble des conduites féminin.

Sur la distinction début précoce/début tardif, les données sont hétérogènes, d'autant que le pronostic paraît aussi mauvais quel que soit l'âge de début. Certains auteurs proposent pour les filles de ne pas utiliser l'âge de 10 ans mais plutôt le statut pubertaire (Keenan et coll., 1999). Les particularités symptomatiques chez les filles sont dominées par les troubles du comportement sexuel, la prostitution, la recherche de partenaires antisociaux, les grossesses précoces, le comportement de mauvaises mères et par des comorbidités anxieuses et dépressives (Loeber et coll., 1998, 2000).

Au niveau symptomatologique, les filles présentent moins de comportements d'agression et davantage de comportements de manipulation (Harden et Zoccolillo, 1997). Par ailleurs, les filles manifesteraient plus de culpabilité et d'empathie.

Les précurseurs seraient différents, avec en particulier moins de trouble oppositionnel chez les filles (Keenan et coll., 1999).

Au niveau de l'évolution, le pic se situe à la mi-adolescence (15-16 ans) pour les filles comme pour les garçons ; la stabilité des symptômes au niveau individuel est la même dans les deux sexes. Mais, globalement, les garçons manifestent plus de troubles des conduites à la fois à l'adolescence et au début de l'âge adulte (Storvoll et Wichstrom, 2003).

Limites et recouvrements de catégories

Différents troubles présentent des recouvrements ou apparaissent en lien avec le trouble des conduites.

Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Dans la CIM-10, le TOP est inclus dans le trouble des conduites. *A contrario*, il apparaît comme une entité séparée dans le DSM-IV. Toutefois, le TOP précède souvent l'apparition du trouble des conduites et c'est un facteur de risque de trouble des conduites chez les garçons. Lorsqu'un sujet remplit les critères de trouble des conduites selon le DSM-IV, il remplit aussi les critères du TOP.

On peut donc s'interroger quant à savoir s'il s'agit de deux troubles différents ou de deux variants d'un même trouble, avec éventuellement un support génétique commun (Lahey et coll., 1992 et 1994 ; Rutter, 2001 ; Rowe et coll., 2002).

Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Le TDAH est un trouble identifié dans la CIM-10 et dans le DSM-IV, mais il peut être précurseur du trouble des conduites. Dans l'évolution d'un trouble vers l'autre, peuvent intervenir des facteurs génétiques communs, un environnement négatif commun aux deux troubles. Certains auteurs (Mc Kay et Halperin, 2001) soulignent le rôle négatif des difficultés cognitives du TDAH dans cette évolution vers le trouble des conduites.

La vulnérabilité des sujets TDAH à la consommation de substances psychoactives les rend d'autant plus exposés à des comportements illégaux et donc à la violation des règles.

Trouble bipolaire précoce

Le trouble bipolaire précoce et le trouble des conduites sont des entités séparées. Cependant, les patients souffrant de manie précoce développent davantage de troubles du comportement que les sujets dont la manie débute à l'âge adulte. On peut considérer que le trouble associant trouble bipolaire et trouble des conduites pourrait constituer un sous-type particulier (Wozniak et coll., 2001).

Certains comportements sont communs au trouble bipolaire et au trouble des conduites ; c'est notamment le cas de la désinhibition, du comportement sexuel inapproprié, et des troubles du comportement impliquant par exemple l'utilisation frauduleuse de la carte de crédit des parents. Les traitements du trouble bipolaire et du trouble des conduites peuvent tous deux faire appel aux thymorégulateurs.

De nouvelles études prospectives semblent nécessaires pour apprécier le diagnostic différentiel et les interpénétrations entre TDAH, trouble des conduites et trouble bipolaire (Kim et Miklowitz, 2002).

Trouble explosif intermittent

Le trouble explosif intermittent se définit par la présence de plusieurs épisodes distincts d'incapacité à résister à des impulsions agressives, aboutissant à des voies de faits graves ou à la destruction de biens. Le degré d'agressivité est disproportionné vis-à-vis du facteur déclenchant (Mc Elroy et coll., 1998 ; Mc Elroy, 1999 ; Coccaro, 2000 ; Olvera, 2002).

Le trouble explosif intermittent présente donc lui aussi une potentialité agressive importante, mais il est très différent du trouble des conduites où le facteur principal est une transgression des règles.

Situation particulière de la personnalité antisociale

Selon le DSM-IV, la personnalité antisociale se définit par un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient à partir de l'âge de 15 ans. Ceci inclut : l'incapacité à se conformer aux normes socia-

les des comportements légaux (arrestations répétées), la tromperie par profit ou par plaisir, l'impulsivité, l'irritabilité et/ou l'agressivité, le mépris pour sa sécurité et celle d'autrui, l'irresponsabilité permanente, l'absence de remords.

Le sujet doit être âgé d'au moins 18 ans et, dans ses antécédents, on retrouve un diagnostic de trouble des conduites ayant débuté avant 15 ans.

Selon le DSM-IV, la distinction diagnostique entre les deux troubles est claire : le diagnostic de personnalité antisociale ne peut être posé qu'après l'âge de 18 ans et nécessite que le sujet ait rempli les critères de diagnostic de trouble des conduites avant l'âge de 15 ans.

Bien que l'on puisse s'interroger sur le fait que l'on considère la personnalité antisociale comme un trouble mental alors qu'il n'y a pas de traitement et que porter ce diagnostic peut déresponsabiliser le sujet en cas de procès, le choix fait par le DSM-IV de formaliser le continuum trouble des conduites/personnalité antisociale permet de bien placer la personnalité antisociale au sein des troubles mentaux. Le maintien de ce diagnostic au sein des troubles mentaux s'appuie de plus sur la tradition historique (voisinage avec la psychopathie), et les importantes comorbidités telles que dépressions, risque suicidaire, usage de toxiques.

Trouble des conduites isolé

Il y a tellement de comorbidités associées que certains auteurs avancent l'hypothèse que le trouble des conduites isolé n'existerait pas (van Lier et coll., 2003). De ce fait, nous en arrivons à une question essentielle : l'approche catégorielle trouble des conduites, trouble oppositionnel, personnalité antisociale a-t-elle un sens ? Certains auteurs proposent d'autres modèles de classifications du trouble des conduites. Ainsi, Frick et coll. (1993) déterminent quatre *clusters* sur deux dimensions :

- conduites « manifestes » (*overt*) : destructrices (agression), non destructrices (opposition) ;
- conduites « cachées » (*covert*) : destructrices (violation de propriétés), non destructrices (fugues).

Brown et coll. (1996) proposent une classification selon le type des agressions : proactive *versus* réactive. L'agression réactive est perçue comme une réaction défensive, alors que la proactive est généralement spontanée et est utilisée pour obtenir quelque chose ou pour influencer et dominer les autres. Certains enfants ne présentent que des comportements d'agression réactive, mais la plupart de ceux qui présentent des comportements d'agression proactive présentent en parallèle de nombreux comportements d'agression réactive.

Frick et Ellis (1999) proposent une différenciation selon l'existence ou non de traits « CU » (*callous unemotional*) que l'on pourrait traduire par « froid et sans cœur » ; l'existence de ces traits pourrait désigner une forme sévère de trouble des conduites à début précoce.

En conclusion, les classifications internationales actuelles (CIM-10 et DSM-IV-R) sont concordantes dans leurs descriptions de symptômes de trouble des conduites dont le point commun est la violation des règles établies. Le regroupement des symptômes en *clusters* « agressifs » et « non agressifs » tel que le propose le DSM paraît plus intéressant compte-tenu des données évolutives. L'intégration du trouble oppositionnel avec provocation au sein du trouble des conduites dans la CIM-10, alors que ce trouble constitue une entité à part dans le DSM-IV reste une question irrésolue : le trouble oppositionnel avec provocation est-il déjà un trouble des conduites ou est-il un précurseur ?

BIBLIOGRAPHIE

AICHHORN A. Jeunesse en souffrance. Psychanalyse et éducation spécialisée. Préface de Sigmund Freud, 1925. Éditions du Champ social, 2000 : 206 p

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn DSM-IV. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington DC, American Psychiatric Press, 2000

BORN M. Psychologie de la délinquance. Collection Ouvertures Psychologiques. Editions De Boeck, Bruxelles 2003

BROWN K, ATKINS MS, OSBORNE ML, MILNAMOW M. A revised teacher rating scale for reactive and proactive aggression. *J Abnorm Child Psychol* 1996, **24** : 473-479

COCCARO EF. Intermittent explosive disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2000, **2** : 67-71

DE AJURIAGUERRA J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Masson, 2^e édition, Paris 1977

DUPRE E. Les perversions instinctives. Rapport au congrès des aliénistes de France, Tunis, 1912. In : Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Logre, Paris 1925 : 357-427

EARLS F, MEZZACAPPA E. Conduct and oppositional disorders. In : Child and adolescent psychiatry. RUTTER M, TAYLOR E eds, Blackwell Science, 2002, chap 26

ESQUIROL JED. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. JP Baillière, Paris 1838

FALRET JP. Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. JP Baillière, Paris 1864

FRICK PJ, LAHEY BB, LOEBER R, TANNENBAUM L, VAN HORN Y et coll. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a meta analytic review of factor analyses and cross validation in a clinic sample. *Clin Psychol Rev* 1993, **13** : 319-340

FRICK PJ, ELLIS M. Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999, **2** : 149-168

HARDEN PW, ZOCCOLILLO M. Disruptive behavior disorders. *Curr Opin Pediatr* 1997, **9** : 339-345

KEENAN K, LOEBER R, GREEN S. Conduct disorder in girls: a review of the literature. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999, **2** : 3-19

KEENAN K, WAKSCHLAG LS. Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children? *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 351-358

KEENAN K, WAKSCHLAG LS. Are oppositional defiant and conduct disorder symptoms normative behaviours in preschoolers? A comparison of referred and non-referred children. *Am J Psychiatry* 2004, **161** : 356-358

KIM EY, MIKLOWITZ DJ. Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: a critical review of diagnostic dilemmas. *Bipolar Disord* 2002, **4** : 215-225

LAHEY BB, LOEBER R, QUAY HC, FRICK PJ, GRIMM J. Oppositional defiant and conduct disorders: issues to be resolved for DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 539-546

LAHEY BB, APPLGATE B, BARKLEY RA, GARFINKEL B, MCBURNETT K et coll. DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1163-1171

LAHEY BB, LOEBER R, QUAY HC, APPLGATE B, SHAFFER D et coll. Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 435-442

LAHEY BB, GOODMAN SH, WALDMAN ID, BIRD H, CANINO G et coll. Relation of age of onset to the type and severity of child and adolescent conduct problems. *J Abnorm Child Psychol* 1999, **27** : 247-260

LOEBER R, STOUTHAMER-LOEBER M. Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *Am Psychol* 1998, **53** : 242-259

LOEBER R, BURKE JD, LAHEY BB, WINTERS A, ZERA M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 1468-1484

LOMBROSO C. L'homme criminel (criminel né-fou moral-épileptique). Félix Alcan, Paris 1887 (1876)

MAGNAN V, LEGRAIN M. Les dégénérés, état mental et syndromes épisodiques. Rueff et Cie Éditions, Paris 1895

MAUDSLEY H. Le crime et la folie. Félix Alcan, Paris 1888

MCELROY SL, SOUTULLO CA, BECKMAN DA, TAYLOR P JR, KECK PE JR. DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. *J Clin Psychiatry* 1998, **59** : 203-210

MCELROY SL. Recognition and treatment of DSM-IV intermittent explosive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999, **60** (suppl 15) : 12-16

MCKAY KE, HALPERIN JM. ADHD, aggression, and antisocial behavior across the lifespan. Interactions with neurochemical and cognitive function. *Ann N Y Acad Sci* 2001, **931** : 84-96

MEZZACAPPA E, EARLS F. The adolescent with conduct disorder. *Adolesc Med* 1998, **9** : 363-371

MICHAUX L. Psychiatrie infantile. PUF et Encyclopédie médicochirurgicale, Paris 1950

MICHAUX L. L'enfant pervers. PUF, Paris 1952

MISES R, FORTINEAU J, JEAMMET P, LANG JL, MAZET P et coll. Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatr Infant* 1988, **XXXI** : 67-134

MISES R, QUEMADA N, BOTBOL M, BURSZTEJN C, DURAND B et coll. Nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. CFTMEA 2000. *Ann Med Psychol* 2002, **160** : 242-246

MOFFITT TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : a developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993, **100** : 674-701

MOREL BA. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine. JP Baillière, Paris 1857

OLVERA RL. Intermittent explosive disorder: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2002, **16** : 517-526

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). The Tenth Revision Of The International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10). Geneva, WHO, 1992

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche. Masson, 1994 : 226 p

PINEL P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Editions de Paris, Richard, Caille et Ravier, 1801

POROT A. Manuel alphabétique de psychiatrie. 7^e édition. PUF, Paris 1955

PRITCHARD JC. A treatise on insanity and other disorders affecting the mind. London, Sherwood, Gilbert and Piper, 1835

ROBINS LN, TIPP J, MC EVOY L. Antisocial personality. In : *Psychiatric Disorders in America*. ROBINS LN, REGIER DA eds, Free Press, New York 1991 : 258-290

ROWE R, MAUGHAN B, PICKLES A, COSTELLO EJ, ANGOLD A. The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2002, **43** : 365-373

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

SANFORD M, BOYLE MH, SZATMARI P, OFFORD DR, JAMIESON E, SPINNER M. Age-of-onset classification of conduct disorder: reliability and validity in a prospective cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 992-999

SCHNEIDER K. Les personnalités psychopathiques. PUF, Paris 1955

STORVOLL EE, WICHSTROM L. Gender differences in changes in and stability of conduct problems from early adolescence to early adulthood. *J Adolesc* 2003, **26** : 413-429

TOLAN PH, THOMAS P. The implication of age of onset for delinquency risk. II: Longitudinal data. *J Abnorm Child Psychol* 1995, **23** : 157-181

VAN LIER PA, VERHULST FC, VAN DER ENDE J, CRIJNEN AA. Classes of disruptive behaviour in a sample of young elementary school children. *J Child Psychol Psychiatry* 2003, **44** : 377-387

WAKEFIELD JC, POTTICK KJ, KIRK SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder consider social context? *Am J Psychiatry* 2002, **159** : 380-386

WOZNIAK J, BIEDERMAN J, FARAONE SV, BLIER H, MONUTEAUX MC. Heterogeneity of childhood conduct disorder: further evidence of a subtype of conduct disorder linked to bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001, **64** : 121-131

ZOCCOLILLO M, TREMBLAY R, VITARO F. DSM-III-R and DSM-III criteria for conduct disorder in preadolescent girls: specific but insensitive. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 461-470