

14

Évaluation en pratique médicale

L'évaluation en pratique médicale du trouble des conduites chez l'enfant et chez l'adolescent vise principalement deux objectifs. D'une part, l'objectif de permettre un meilleur repérage clinique des symptômes participant à la caractérisation nosographique d'un trouble, et ainsi aider à son diagnostic. D'autre part, l'objectif de permettre une mesure, si possible fiable et objective, de l'impact des diverses mesures proposées – qu'elles soient préventives ou thérapeutiques – afin d'en apprécier la pertinence et l'efficacité. Dans cette optique, plusieurs outils ont été élaborés dans le champ de la psychopathologie infanto-juvénile, dans une approche catégorielle ou dimensionnelle, qu'il s'agisse d'instruments dits de *screening*, d'entretiens cliniques ou de techniques d'observation. L'intérêt et la valeur de ces divers instruments sont bien évidemment variables ; ils sont fonction des qualités statistiques (sensibilité et spécificité, validité interne et externe) et de constructions (facilité de passation, nombre de versions disponibles, auto-questionnaire et hétéro-questionnaire) propres à chacun de ces outils.

Le choix entre ces différents instruments est guidé par différents facteurs dont, en premier lieu, la nature du trouble. S'il s'agit de repérer l'existence de perturbations du comportement, les outils de *screening* sont généralement suffisants sans que ceux-ci puissent, toutefois, suffire à poser un diagnostic précis. En revanche, si l'objectif est de distinguer différents types ou catégories de perturbations émotionnelles et/ou de la conduite, un entretien structuré ou semi-structuré avec l'enfant et/ou ses parents permettra, le plus souvent, d'affiner la caractérisation psychopathologique du trouble. L'âge de l'enfant et son niveau de compréhension verbale sont deux autres facteurs importants, conditionnant le choix de l'instrument à utiliser.

En raison de sa gravité potentielle – en terme de répercussion académique, affective et sociale – le repérage et l'évaluation du trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent constituent une priorité de santé publique régulièrement soulignée dans les pays anglosaxons (Bennett, 1998 ; Rutter, 2001). En ce sens, plusieurs outils ont été construits ces vingt dernières années dont aucun, à l'exception du questionnaire de Conners (Dugas, 1987) et du *Child behavior check list* (Fombonne, 1988) – et dans la limite de notre recherche – n'a été validé en langue française (Bouvard et Cottraux, 2002). Un important travail de traduction et de validation reste donc à réaliser en France, si

nous souhaitons pouvoir intégrer de manière pertinente ces outils dans notre pratique.

Étant donné l'hétérogénéité et la variabilité du trouble des conduites en population infanto-juvénile, il est recommandé de combiner plusieurs approches – entretiens, auto-questionnaire et échelles proposées pour les parents et l'enseignant – afin d'avoir une vision la plus globale possible du fonctionnement psycho-comportemental de l'enfant ou de l'adolescent dans ses différents lieux de vie (Lochman et coll., 1995 ; Bennett et coll., 1998 ; Collett et coll., 2003).

Principaux outils d'évaluation utilisés

Dans le cadre de cette expertise, seuls les instruments les plus couramment utilisés dans les divers travaux scientifiques et épidémiologiques seront cités. Les questions relatives à la validité psychométrique de chacun de ces instruments ne seront pas abordées. En revanche, certains aspects de leur mise en œuvre pratique seront discutés.

Entretiens dits à « large spectre »

Dans le cadre de l'évaluation des problèmes de comportement ou de la sphère émotionnelle de l'enfant et de l'adolescent, le recours aux entretiens structurés ou semi-structurés est particulièrement recommandé (Friman et coll., 2000 ; Crowley et coll., 2001). En effet, les échelles, à elles seules, ne sauraient suffire ; bien qu'elles autorisent un relevé des symptômes gênants, elles ne permettent pas de porter un diagnostic clinique fiable. Devant la variabilité et l'hétérogénéité des manifestations cliniques constitutives d'un trouble oppositionnel avec provocation ou d'un trouble des conduites, l'utilisation d'un entretien dit « à large spectre » est donc nécessaire pour affiner la caractérisation du ou des troubles. Le tableau 14.I présente les quatre entretiens les plus souvent utilisés dans les études.

Tableau 14.I : Entretiens cliniques dits « à large spectre »

Auteurs	Abréviation	Type	Application	Âge
Orvaschel et coll., 1982	K-SADS	Semi-structuré	Clinique et épidémiologique	6-16 ans
Kovacs, 1985	ISC	Semi-structuré	Clinique	8-13 ans
Shaffer et coll., 2000	DISC-IV	Structuré	Clinique	6-17 ans
Hodges, 1986	CAS	Structuré	Clinique	7-12 ans

K-SADS : *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Expanded* ; ISC : *Interview Schedule for Children* ; DISC : *NIMH-Diagnostic Interview Schedule for Children* ; CAS : *Child Assessment Schedule*

Échelles d'évaluation du comportement

Les échelles d'évaluation du comportement incluent plusieurs outils destinés à être remplis soit par les parents ou l'enseignant, soit par l'enfant lui-même. Certains proposent un *screening* global des difficultés de comportement, comme le questionnaire d'Achenbach (CBCL), dont l'intérêt principal est de fournir un profil comportemental distinguant les troubles dits « externalisés » de ceux dits « internalisés ». Ce questionnaire, validé en langue française par Fombonne et coll. (1988), est l'un des deux instruments disponibles en France. La plupart des instruments sont destinés au repérage d'un type précis de trouble du comportement perturbateur comme le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), le trouble oppositionnel avec provocation ou le trouble des conduites (tableau 14.II). Pour le repérage du TDAH, seuls les questionnaires de Conners (1982) sont disponibles en France (Dugas, 1987).

Tableau 14.II : Échelles d'évaluation du comportement chez l'enfant et l'adolescent

Auteurs	Abréviation	Version	Âge
Achenbach, 1983	CBCL	Parents	4-16 ans
Conners, 1982	CPRS	Parents	3-17 ans
Barkley, 1997	HSQ	Parents	4-11 ans
Lachar et coll., 1984	PIC	Parents	3-16 ans
Robinson et coll., 1980	ECBI	Parents	2-12 ans
Miller, 1984	LBC	Parents	4-17 ans
Eyberg et Pincus, 1999	SESBI-R	Enseignants	2-16 ans
Miller, 1995	NYTRS	Enseignants	6-16 ans
Barkley, 1997	SSQ	Enseignants	4-11 ans
Conners, 1969	CTRS	Enseignants	3-17 ans
Walker, 1983	WPBIC	Enseignants	Pré-scolaire et scolaire
Brown et Hammill, 1978	BHBRP	Parents et enseignants	6-14 ans
Quay et Peterson, 1967	QPBC	Parents et enseignants	5-17 ans
Frick et Hare, 2001	APSD	Parents et enseignants	6-13 ans

CBCL : *Child Behavior Checklist*; CPRS : *Conners Parent Rating Scale*; HSQ : *Home Situations Questionnaires*; PIC : *Personality Inventory for Children*; ECBI : *Eyberg Child Behavior Inventory*; LBC : *Louisville Behavior Check list*; SESBI-R : *Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised*; NYTRS : *New York Teacher Rating Scale for Disruptive and Antisocial Behavior*; SSQ : *School Situations Questionnaires*; CTRS : *Conners Teacher Rating Scale*; WPBIC : *Walker Problem Behavior Identification Checklist*; BHBRP : *Brown-Hamilton Behavior Rating Profile*; QPBC : *Quay-Peterson Behavior Problem Checklist*; APSD : *Antisocial Process Screening Device*

Échelles d'évaluation de l'agressivité

En complément des échelles d'évaluation du comportement, les échelles d'évaluation de l'agressivité renforcent le criblage d'une population

d'enfants ou d'adolescents « à risque ». En effet, de nombreuses études longitudinales provenant de divers pays s'accordent à souligner l'agressivité physique comme l'un des principaux facteurs de risques dans le développement du trouble des conduites, ainsi que dans la persistance et l'aggravation des manifestations de ce trouble (Loeber et coll., 2000 ; Tremblay et coll., 2004). En ce sens, le repérage précis des enfants ou adolescents présentant de tels comportements agressifs doit constituer un des objectifs du clinicien, que ce soit en amont ou en aval du trouble des conduites.

Il est important de préciser que la plupart des échelles citées (tableau 14.III) ont été initialement développées dans le cadre de travaux de recherches portant sur l'agressivité. Le concept d'agressivité n'étant pas unitaire et pouvant recouvrir un large spectre de difficultés psychopathologiques ou socioenvironnementales, l'application de ces échelles en clinique demeure limitée. L'absence de données développementales comparatives chez l'enfant exempt de troubles psychocomportementaux rend également difficile l'établissement d'un seuil pathologique (Collett et coll., 2003). En dépit de ces limitations, l'agressivité physique en tant que symptôme « ouvert » est susceptible d'être quantifiée et son repérage est utile dans le suivi évolutif des enfants « à risque ». Pour illustration, l'âge de début du trouble des conduites chez le garçon est bien corrélé au nombre d'actes d'agression physique répertoriés (Lahey et coll., 1999). Actuellement, aucun de ces outils n'est validé et disponible en France (tableau 14.III).

Tableau 14.III : Échelles d'évaluation de l'agressivité (d'après Collet et coll., 2003)

Auteurs	Abréviation	Version	Âge
Yudofsky et coll., 1986	OAS	Personnel soignant	4-17 ans
Sorgi, 1991	MOAS	Personnel soignant	12-18 ans
Boone et Flint, 1988	BDHI	Auto-questionnaire	12-17 ans
Treiber et coll., 1989		Auto-questionnaire	7-10 ans
Halperin, 2002	CAS-P	Parents	7-11 ans
Halperin et coll., 2003	CAS-T	Enseignants	7-11 ans
Dodge et Coie, 1987	PRA	Adultes	8-11 ans
Brown et coll., 1996	R-TRPA	Enseignants	8-10 ans
Vitiello et coll., 1997	VAQ	Parents	10-18 ans
Björkqvist et coll., 1992	DIAS	Auto-questionnaire et version pour les pairs	8-15 ans
Crick, 2003	CSBS	Version pour les pairs	8-11 ans
Crick, 2003	CSBT	Enseignants	8-11 ans

OAS : *Overt Aggression Scale* ; MOAS : *Modified Overt Aggression Scale* ; BDHI : *Buss-Durkee Hostility Inventory* ; CAS-P : *Children's Aggression Scale – parent version* ; CAS-T : *Children's Aggression Scale – teacher version* ; PRA : *Proactive and Reactive Aggression Scale* ; R-TRPA : *Revised Teacher Rating Scale for Reactive and Proactive Aggression* ; VAQ : *Vitiello Aggression Questionnaire* ; DIAS : *Direct and Indirect Aggression Scale* ; CSBS : *Children's Social Behavior Scale* ; CSBT : *Children's Social Behavior Scale – Teacher form*

Échelles d'évaluation du tempérament

Il peut être utile de repérer les jeunes enfants présentant précocement au cours de leur développement des difficultés dans le registre tempéramental. Ces enfants constituent également une population « à risque » de développer ultérieurement des difficultés prononcées de comportement ; ces difficultés peuvent être de type hyperactivité/impulsivité voire un authentique TDAH, un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble des conduites. Bien que la valeur prédictive d'un tempérament réputé « difficile » soit à pondérer en fonction des facteurs environnementaux, cette catégorie d'enfants peut constituer la cible d'interventions préventives dont les résultats, en terme d'efficacité, commencent à être empiriquement étayés. Le tableau 14.IV présente les principales échelles utilisées. Les données recueillies auprès des parents doivent tenir compte, dans tous les cas, du climat éducatif et social dans lequel se développe l'enfant. L'appréciation parentale du tempérament de l'enfant reflète la qualité de l'accord entre parents et enfants. De la même façon, il est important de pouvoir disposer d'une bonne évaluation de la qualité du développement psychomoteur de l'enfant.

Tableau 14.IV : Échelles d'évaluation du tempérament chez le jeune enfant

Nom du test	Abréviation	Contenu	Concerne	Âge
<i>Infant Temperamental Questionnaire</i> (Carey et McDevitt, 1978)	ITQ	9 caractéristiques du tempérament (d'après Thomas et Chess, 1977)	Parents	4-8 mois
<i>Baby Behavior Questionnaire</i> (Hagekull, 1985)	BBQ	6 aspects du tempérament	Parents	3-10 mois
<i>Rothbart Infant Behavior Questionnaire</i> (Rothbart, 1981)	IBQ	6 aspects du tempérament	Parents	3-12 mois
<i>Toddler Behavior Questionnaire</i> (Hagekull, 1985)	TBQ	6 aspects du tempérament	Parents	11-15 mois
<i>Fullard Toddler Temperament Scale</i> (Fullard et coll., 1984)	TTS	9 aspects du tempérament (d'après Thomas et Chess, 1977)	Parents	1-3 ans
<i>Martin Temperament Assessment Battery</i> (Martin, 1988)	MTABC	6 aspects du tempérament (d'après Thomas et Chess, 1977)	Parents Enseignants Cliniciens	3-7 ans
<i>McDevitt Behavior Style Questionnaire</i> (McDevitt et Carey, 1978)	MBSQ	9 aspects du tempérament (d'après Thomas et Chess, 1977)	Parents	3-7 ans

Conditions de l'évaluation

L'évaluation des enfants ou adolescents présentant des problèmes graves de comportements n'est pas sans poser quelques difficultés. Pour la majorité des échelles de comportement et d'agressivité, l'information est obtenue auprès des parents : ces derniers peuvent avoir tendance à minimiser l'importance des troubles manifestés par leur enfant voire à en nier l'existence, soit volontairement dans un souci de dissimulation par crainte d'éventuelles conséquences légales, soit parce qu'ils souffrent eux-mêmes de troubles de la personnalité antisociale. De même, lorsqu'on demande à l'enfant ou l'adolescent de quantifier lui-même ses difficultés, celui-ci peut mentir ou dissimuler ses problèmes de comportement, ce qui soulève nécessairement la question de la validité des informations recueillies. Pour réduire le risque d'erreur lié à ces biais, la plupart des auteurs (Steiner et Wilson, 1999 ; Friman et coll., 2000 ; Crowley et coll., 2001) insistent sur la nécessité :

- de garantir aux sujets, avant toute évaluation, la confidentialité des informations obtenues ;
- de confronter, si possible, plusieurs sources d'information ; qu'il s'agisse des pairs, des enseignants, des parents et de l'enfant. Par exemple, les enfants rapportent plus facilement leurs difficultés dites cachées comme le fait de mentir, de voler ; alors que les parents se concentrent, quant à eux, plus naturellement sur les troubles de comportement dits manifestes, comme les agressions physiques, les bagarres ou actes de vandalisme. Sur ce point, il reste encore à fournir des études comparatives pour définir les meilleures combinaisons (Loeber et coll., 2000).

En conclusion, le diagnostic d'un trouble des conduites justifie le recours à une évaluation plurimodale et multi-source, notamment en raison de la nature hétérogène des difficultés et de la fréquence d'une comorbidité. Sans pouvoir se substituer à l'approche clinique globale du clinicien, différents outils d'évaluation ont fait la preuve de leur intérêt que ce soit sur le plan de l'aide au diagnostic ou celui de la quantification des symptômes. La plupart de ces outils n'a pas encore été validée en France.

BIBLIOGRAPHIE

ACHENBACH T, EDELBROCK C. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington 1983

BARKLEY R. Defiant children : a clinician's manual for assessment and parent training. 2nd New York, Guilford 1997

BENNETT K, LIPMAN E, RACINE Y, OFFORD DR. Annotation : Do measures of externalising behavior in normal populations predict later outcome ? Implications for targeted interventions to prevent conduct disorder. *J Child Psychol Psychiat* 1998, 39 : 1059-1070

BJÖRKQVIST K, OESTERMAN K, KAUKIAINEN A. The development of direct and indirect aggressive strategies in males and females. In : *Of Mice and Women : Aspects of female aggression*. BJÖRKQVIST K, NIEMELÄ P eds, Academic Press, San Diego 1992 : 51-64

BOONE SL, FLINT C. A psychometric analysis of aggression and conflict resolution behavior in black adolescent males. *Soc Behav Personal* 1988, **16** : 215-226

BOUVARD M, COTTRAUX J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. 3^e édition. Masson, Paris 2002 : 274-306

BROWN L, HAMMILL D. Manual for the Behavior Rating Profile. Pro Ed, Austin 1978

BROWN K, ATKINS M, OSBORNE M, MILNAMOW M. A revised teacher rating scale for reactive and proactive aggression. *J Abnorm Child Psychol* 1996, **24** : 473-480

CAREY W, MCDEVITT S. Revision of the Infant Temperament Questionnaire. *Pediatrics* 1978, **61** : 735-739

COLLETT B, OHAN J, MYERS K. Ten year review of rating scales. VI : Scales assessing externalizing behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, **42** : 1143-1170

CONNERS C. Teacher rating scale for use in drug studies with children. *Am J Psychiatry* 1969, **126** : 884-888

CONNERS C. Parent and teacher rating forms for the assessment of hyperkinesis in children. In : *Innovations in clinical practice : A source book*. KELLER P, RILTE L eds, Professional Research Exchange, vol 1, Sarasota FL 1982 : 257-264

CRICK N, GROTPETER J. Relation aggression, gender, and social psychological adjustment. *Child Dev* 1995, **66** : 710-722

CRICK N. The Children's Social Behavior Scale. Available from Nicki Crick. Crick Social Development Lab, 51 East River Road, Minneapolis, MN 55455 2003

CROWLEY T, MIKULICH S, EHLERS K, WHITMORE EA, MACDONALD MJ. Validity of structured clinical evaluations in adolescents with conduct and substance problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001, **40** : 265-273

DODGE K, COIE J. Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *J Pers Soc Psychol* 1987, **53** : 1146-1158

DUGAS M. L'hyperactivité chez l'enfant. Collection Nodules, PUF, Paris 1987

EYBERG S, PINCUS D. Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional manual. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL 1999

FOMBONNE E, CHEHDAN F, CARRADEC A. Le Child Behavior Checklist : un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie et Psychobiologie* 1988, **3** : 409-418

FRICK PJ, HARE RD. The antisocial process screening device. Technical Manual. Multi-Health Systems Inc, North Tonawanda, NY, 2001

FRIMAN P, HANDWERK M, SMITH G, LARZELERE RE, LUCAS CP, SHAFFER DM. External validity of conduct and oppositional defiant disorders determined by the NIMH diagnostic Interview Schedule for Children. *J Abnorm Child Psychol* 2000, **28** : 277-286

FULLARD D, MCDEVITT S, CAREY W. Assessment temperament in one to three year old children. *J Pediatr Psychol* 1984, **9** : 205-217

HAGEKULL B. The Baby and Toddler Behavior Questionnaires : Emperical studies and conceptual considerations. *Scand J Psychol* 1985, **26** : 110-120

HALPERIN J, MCKAY K, NEWCORN J. Development, reliability and validity of the Children's Aggression Scale Parent version. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, **41** : 245-252

HALPERIN J, MCKAY K, GRAYSON R, NEWCORN J. Reliability, validity and preliminary normative data for the Children's Aggression Scale Teacher version. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, **42** : 965-971

HODGES K. Manuel for the Child Assessment Schedule. University of Missouri, Department of Psychiatry, Columbia 1986

KOVACS M. The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacol Bull* 1985, **21** : 991-994

LACHAR D, GDOWSKI C, SYNDER D. External validation of the Personality Inventory for Children (PIC), profile and factor scales : parent, teacher and clinician rating. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 155-164

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

LOCHMAN J, THE CONDUCT PROBLEMS PREVENTION RESEARCH GROUP. Screening of Child Behavior Problems for Prevention Programs at School Entry. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 549-559

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

MARTIN R. Assessment of personality and behavior problems : infancy through adolescent. The Guilford Press, New York, London 1988

MCDEVITT S, CAREY W. The measurement of temperament in 3-7 year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1978, **19** : 245-253

MILLER L. Louisville Behavior Checklist Manual. Western Psychological Service, Los Angeles 1984

MILLER LS, KLEIN RG, PIACENTINI J, ABIKOFF H, SHAH MR et coll. The New York teacher rating scale for disruptive and antisocial behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 359-370

ORVASCHEL H, PUIG-ANTICH J, CHAMBERS W, TABRIZI MA, JOHNSON R. Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-SADS-e. *Am Acad Child Psychiatry* 1982, **21** : 392-397

QUAY H, PETERSON D. Behavior Problem Checklist. Children's Research Center, University of Illinois, Urbana 1967

ROBINSON E, EYBERG S, ROSS A. The standardization of an inventory of child conduct problem behavior. *J Clin Child Psychol* 1980, **9** : 22-29

ROTHBART M. Measurement of temperament in infants. *Child Develop* 1981, **52** : 569-578

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

SHAFFER D, FISHER P, LUCAS C. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV : description, differences form previous versions and reliability of somme common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 28-38

SORGI P, RATEY J, KNOEDLER D. Rating aggression in the clinical setting : a retrospective adaptation of the Overt Aggression Scale : preliminary results. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1991, **3** : S52-S56

STEINER H, WILSON J. Conduct disorder. *In* : Disruptive Behavior Disorder in Children and Adolescents. HENDREN R ed, Review of Psychiatry, vol 18. American Psychiatry Press, Washington Dc, London 1999 : 47-98

TREIBER FA, MUSANTE I, RILEY WT, MABE PA, CARR T et coll. The relationship between hostility and blood pressure in children. *Behav Med* 1989, **15** : 173-178

TREMBLAY R, NAGIN D, SÉGUIN J, ZOCCOLILLO M, ZELAZO PD et coll. Physical aggression during early childhood : trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004, **114** : 43-50

VITIELLO B, STOFF D. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 307-315

WALKER H. Walker Problem Behavior Identification Checklist, manual. Western Psychological Service, Los Angeles 1983

YUDOFKY S, SILVER J, JACKSON W. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 35-39