



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**ENFANTS ET ADOLESCENTS :
TROUBLES DES CONDUITES
DANS LEUR CONTEXTE**

-résumé-


**MARS 2011
CSS N° 8325**



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**ENFANTS ET ADOLESCENTS :
TROUBLES DES CONDUITES
DANS LEUR CONTEXTE
-résumé-**

**MARS 2011
CSS N° 8325**



DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

rue de l'Autonomie, 4
B-1070 Bruxelles

Tous droits d'auteur réservés.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. Enfants et adolescents: Troubles
des conduites dans leur contexte. Résumé. Bruxelles: CSS; 2011.
Avis n° 8325.

Ce résumé ainsi que la version intégrale de l'avis peuvent
être téléchargés à partir de la page web:

www.css-hgr.be

Une version imprimée des brochures peut-être obtenue en
adressant une demande par courrier, fax ou e-mail à
l'adresse susmentionnée.

A l'attention de D. Marjaux, local 6.03

Tél.: 02 525 09 00

Fax: 02 525 09 77

E-mail: info.hgr-css@health.fgov.be

Numéro de série Dépôt légal: D/2011/7795/7

N° ISBN: 9789490542191

Cette publication ne peut être vendue.

TABLE DES MATIÈRES

1.	INTRODUCTION ET QUESTION.....	4
2.	ELABORATION ET ARGUMENTATION	5
2.1.	Définition	5
3.	MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL.....	8
3.1.	Facteurs biologiques	8
3.2.	Facteurs psychologiques et trajectoires développementales	9
3.3.	Facteurs environnementaux	10
3.3.1.	Famille.....	10
3.3.2.	Environnement socio-économique.....	11
3.3.3.	Enseignement	12
3.3.4.	Conclusion	14
4.	DIAGNOSTIC	15
5.	TROUBLES ASSOCIES (COMORBIDITE).....	17
5.1.	Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) et Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP)	17
5.2.	Abus de substances.....	17
5.3.	Troubles de l'humeur et troubles anxieux.....	18
5.4.	Etat de Stress Post Traumatique (Post- Traumatic Stress Disorder - PTSD)	18
5.5.	Rejet social.....	18
5.6.	Echec scolaire.....	18
5.7.	Comportements à risques	19
5.8.	Trouble de la personnalité psychopathique (TPP)	19
6.	INTERVENTIONS.....	21
6.1.	Prévention universelle.....	21
6.2.	Interventions sélectives.....	22
6.3.	Interventions ambulatoires	23
6.4.	Interventions en milieu scolaire.....	25
6.5.	Interventions dans le quartier.....	26
6.6.	Interventions résidentielles.....	26
6.7.	Interventions pharmacologique	27
7.	RECOMMANDATIONS.....	28
8.	COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	32

1. INTRODUCTION ET QUESTION

Une société ne peut se permettre d'ignorer les troubles et souffrances des enfants et des adolescents. Des éléments propres à ceux-ci, à leur famille ou à leur contexte de vie peuvent en effet menacer leur développement et influencer leur vie affective, leur manière de voir le monde et de l'appréhender, leurs relations à autrui ou leurs comportements. Ces derniers sont évidemment les plus manifestes et l'on parle alors de « troubles des conduites ». Ils sont néanmoins les signes extérieurs visibles de difficultés psychologiques et sociales sous-jacentes beaucoup moins perceptibles.

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a jugé utile de faire un état des lieux circonstancié de cette problématique. Pour cela, des experts scientifiques et des praticiens de terrain ont été entendus et une revue de la littérature récente a été réalisée.

Le rapport contient une analyse critique des concepts et des classifications internationales dans ce domaine. Il décrit également largement les variables biologiques, psychologiques et environnementales qui interviennent dans l'étiologie et le développement de ces troubles. Il donne ensuite des recommandations en termes de bonnes pratiques pour établir le diagnostic, dans une perspective bio-psycho-sociale. Il donne également un aperçu d'autres troubles qui peuvent être associés aux troubles des conduites. Il établit un large inventaire des actions qui peuvent être menées, tant au niveau de la prévention que de l'intervention (ambulatoire et résidentielle, ainsi que dans le milieu scolaire). Enfin, des recommandations sont faites, en terme de réflexion et de décision, à l'attention des diverses autorités en charge des secteurs concernés.

Le rapport complet, avec les références bibliographiques et les annexes, peut être téléchargé sur le site internet du CSS. Le texte qui suit en est un résumé exécutif.

2. ELABORATION & ARGUMENTATION

2.1 Définition

Le terme « trouble des conduites » est défini dans la classification descriptive du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (DSM-IV-TR). Cette classification internationale a le mérite de permettre aux professionnels de communiquer entre eux, dans un langage commun. Les troubles des conduites y sont définis comme un « ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet ». Pour pouvoir établir le diagnostic de trouble des conduites, il faut retrouver chez l'enfant ou l'adolescent trois des critères listés, au cours des 12 derniers mois, et au moins un d'entre eux durant les 6 derniers mois. Il s'agit donc d'un trouble défini en fonction d'une norme, et de la conformité de l'enfant ou de l'adolescent avec un comportement que l'on attend de lui à un moment particulier de son développement.

Il existe par ailleurs une distinction entre les formes à début précoce (durant l'enfance), qui seraient plus agressives et d'évolution plus chronique, et celles à début tardif (durant l'adolescence). Les troubles des conduites de type « mal socialisés », plus souvent associés à d'autres troubles psychopathologiques, sont également distingués de ceux de type « socialisé ». Dans ce dernier cas, l'agressivité se manifeste exclusivement en groupe, est rarement associée à un autre trouble et ne dure généralement que le temps de l'adolescence.

Enfin, le trouble des conduites tel que défini dans le DSM IV-TR regroupe des patients très hétérogènes. Il est sous-tendu par une série de facteurs bio-psycho-sociaux diversifiés et est fréquemment associé à d'autres troubles.

Il doit être bien distingué du « Trouble Déficitaire de l'Attention avec/sans Hyperactivité (TDAH) » et du « Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) », qui ne sont abordés dans ce rapport que du point de vue de la comorbidité.

La description de ces comportements dans les classifications n'indiquent cependant en rien l'origine des signes observés et ne donne que peu d'indications sur les solutions à apporter. Pour cela, il faut prendre en compte des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux.

TABLE 1 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DSM-IV POUR LE TROUBLE DES CONDUITES.

A	Ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence de trois critères suivants (ou plus) au cours des 12 derniers mois, et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois.	
	<i>Agressions envers des personnes ou des animaux</i>	
	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 les personnes
	5	A fait preuve de cruauté physique envers les 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
	<i>Destruction de biens matériels</i>	
	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)
	<i>Fraude ou vol</i>	
	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)	
<i>Violations graves de règles établies</i>		
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 encore 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	
B	La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.	
C	Le sujet est âgé de 18 ans ou plus et le trouble ne répond pas aux critères de la personnalité antisociale.	

Il y a une différence, selon l'âge de début

Type à début pendant l'enfance : présence d'au moins un critère avant l'âge de 10 ans

Type à début pendant l'adolescence : absence de tout critère avant l'âge de 10 ans
--

Une différence est également faite selon la sévérité

Léger	peu ou pas de problèmes en plus du nombre requis pour le diagnostic et peu de mal occasionné à autrui
--------------	---

Moyen	nombre de problèmes et effets sur autrui sont intermédiaires entre "légers" et "sévères"
--------------	--

Sévère	nombreux problèmes de conduites dépassant ceux requis pour le diagnostic ou dommage considérable occasionné à autrui
---------------	--

3. MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL

3.1 Facteurs biologiques

Depuis quelques décennies, la recherche scientifique concernant le comportement humain prend davantage en compte un ensemble de facteurs (biologiques, psychologiques et environnementaux).

Plusieurs études ont ainsi mis en évidence des facteurs biologiques associés au développement des troubles des conduites.

Des études de génétique comportementale (études sur des jumeaux et sur l'adoption) ont ainsi permis de mettre en évidence que l'hérédité jouait un rôle dans l'étiologie des troubles des conduites et des concepts associés (agression, comportement antisocial, délinquance, etc.).

Une méta-analyse de 51 études de comportement antisocial a aussi montré qu'environ 40% de la variation interindividuelle dans la survenance d'un comportement antisocial pouvaient être attribués à des facteurs génétiques et 60% à des différences dans l'environnement de vie.

Des études de génétique moléculaire ont également corrélié certains polymorphismes géniques réglant l'activité de neurotransmetteurs (sérotonine, dopamine) avec le développement d'un comportement antisocial, expliquant ainsi, en partie, le caractère héréditaire de l'agressivité. Néanmoins ces prédispositions génétiques sont largement influencées par l'environnement psychosocial (famille adoptive par exemple) ou biophysique (complications lors de la naissance, malnutrition lors de la grossesse, etc.), ce qui complique la mise en évidence d'une relation causale.

Des facteurs biologiques peuvent également concerner des mécanismes qui interviennent dans le déclenchement de problèmes comportementaux ou en être la conséquence. Ainsi, la neuropsychologie a montré que le groupe d'enfants et d'adolescents présentant des troubles des conduites se distinguait des autres groupes psychopathologiques : les enfants agressifs utilisent moins d'information en provenance de leur environnement pour adapter leur comportement, sont plus attentifs aux signaux agressifs de leur environnement (et s'en rappellent plus), voient plus vite les intentions hostiles dans le comportement des autres et apportent moins souvent des solutions non agressives pour solutionner des situations difficiles. De plus, le rythme cardiaque est aussi plus lent chez les enfants et les adolescents présentant un trouble des conduites, ce qui peut entraîner un sentiment d'angoisse moindre dans des situations de stress, et une insensibilité relative pour les conséquences négatives du comportement. Un sentiment moindre d'angoisse peut conduire certains jeunes à rechercher plus fréquemment des conduites à risque.

Enfin, les enfants présentant un trouble des conduites ont aussi une moindre réactivité au stress (moins production de cortisol et d'adrénaline en cas de stress; corrélation entre une faible teneur basale en cortisol et la gravité des troubles). Ces facteurs biosociaux peuvent évidemment se combiner, et des effets multiplicateurs peuvent apparaître.

Cependant, il faut noter que la présence complémentaire de TDAH chez de nombreux enfants présentant des troubles des conduites entraîne un biais dans ces études, qui n'ont pas toujours contrôlé ce facteur comorbide.

Des paramètres biologiques (et leurs interactions) ont donc une certaine valeur prédictive en ce qui concerne la gravité et la persistance des troubles des conduites.

L'identification des conduites biologiques particulières peut aussi constituer une cible thérapeutique directe.

Il reste à signaler que la mise en évidence de causalités biologiques ne constitue pas nécessairement une explication de moindre responsabilité pour la personne sur le plan juridique, en cas de passage à l'acte délictueux.

3.2 Facteurs psychologiques et trajectoires développementales

Les facteurs biologiques (génétiques et acquis), en interaction avec des variables concernant l'environnement familial, scolaire et sociétal, sont les fondements du développement d'une personne. Ils exercent, via leur effet sur les structures neuro-anatomiques et divers processus neuro- et psychophysiologiques, une influence importante sur le fonctionnement psychologique de l'enfant.

La relation d'attachement précoce, qui dans des conditions idéales constitue un attachement sûr, intervient également en offrant un modèle pour forger ultérieurement les relations avec autrui.

Un enfant présentant un trouble des conduites fonctionne différemment pour toute une série de processus psychologiques qui sont influencés par ces facteurs et les conditions précoces de vie. Ils rencontrent plus de difficultés pour réguler leurs émotions, supporter la frustration, ont plus tendance à interpréter le comportement des autres comme négatif et provocant, considèrent les situations sociales plus rapidement comme conflictuelles et disposent de moyens moins variés pour résoudre les problèmes. Ils diffèrent également au niveau de leur capacité à se faire une opinion du monde psychologique intérieur des autres et font ainsi preuve de moins d'empathie.

Les enfants et adolescents présentant des troubles des conduites ont par ailleurs des trajectoires développementales particulières, compte tenu de l'importance des facteurs de risque et de protection présents. Ceci rend possible à tout moment leur sortie des processus pathologiques.

Plusieurs études ont notamment pu mettre en évidence que la moitié des enfants présentant des troubles des conduites externalisés en période d'école maternelle, conserveraient ces troubles en âge scolaire tandis que l'autre moitié se normaliserait. Cette évolution plus négative ne mène pas nécessairement à des conduites antisociales ou délinquantes, mais plus souvent à des difficultés d'apprentissage scolaire, une faible estime de soi ou des symptômes dépressifs.

Au-delà des trajectoires développementales qu'elles ont permis de tracer, les études longitudinales se sont également intéressées aux facteurs permettant de prédire ces trajectoires (caractéristiques propres à l'enfant et environnement dans lequel il se développe) et à toutes leurs interactions et effets cumulatifs ou protecteurs. Ces études suggèrent en effet que le rôle prédictif d'un facteur pourrait être amplifié ou au contraire amoindri par la présence d'un ou plusieurs autres facteurs. Ces phénomènes interactifs et longitudinaux ont été récemment désignés sous le nom de « cascades développementales », et ont été étudiés en Belgique par le programme de recherche H2M (*Hard-t(w)o-Manage Children*). Par une approche multidisciplinaire, ce programme a tenté de déterminer quelles étaient les causes des troubles des conduites, en faisant un diagnostic précoce d'enfants de 3-4 ans issus de consultations médicales où la plainte portait essentiellement sur la présence de troubles du comportement. Ces enfants ont été évalués tous les six mois durant trois ans. Une comparaison avec un groupe contrôle a aussi été réalisée.

Cette étude a pu montrer que des enfants de 3 à 5 ans présentant des facteurs de risques sur le plan de leur personnalité et de leurs fonctions cognitives, développaient des troubles externalisés 6 mois plus tard, lesquels troubles détérioraient à leur tour les relations sociales avec les pairs, la fratrie et les relations parent-enfant 12 mois plus tard.

3.3 Facteurs environnementaux

3.3.1. Famille

Le contexte le plus important du développement physique, psychologique et social de l'enfant est bien évidemment la famille dans laquelle il grandit. La première phase de son développement est marquée par son attachement aux figures des adultes qui s'en occupent. Cet attachement sera le plus souvent de type sécurisé, ce qui permet à l'enfant de se socialiser dans un a priori de confiance en soi et en l'autre. Mais l'attachement peut aussi être insécurisé-ambivalent (l'enfant reste anxieux dans sa relation à l'adulte) ou encore insécurisé-évitant (l'enfant recherche l'autonomie, prenant distance à un âge où il est incapable de trouver les bonnes ressources). Enfin, si l'attachement est chaotique, l'enfant tend à perdre ses compétences développementales, il se désorganise et est incapable de poursuivre son développement personnel et social harmonieux.

Les formes d'attachement insécurisé et chaotique peuvent expliquer des difficultés précoces de développement même si l'enfant peut trouver ensuite d'autres ressources (concept de résilience).

D'autres facteurs de risque sont en relation avec la famille: une communication perturbée, une discipline parentale punitive et inconsistante, les mauvais traitements, un manque d'encouragement et d'opportunités, un contexte d'isolement social et de précarité, ou la présence d'un frère ou d'une sœur avec un trouble des conduites.

Il y a aussi des facteurs propres aux parents, comme une personnalité antisociale, la dépendance à une substance, la dépression post-partum, ou les grossesses précoces.

Tous ces facteurs se combinent et s'influencent évidemment réciproquement, mais sont également influencés par les facteurs de protection, qui peuvent être renforcés.

Ainsi, cinq composantes du rôle parental pourraient jouer un rôle protecteur: offrir de l'amour et du lien; superviser et observer; exercer une guidance; servir de modèle et conseiller; fournir un environnement extra-familial soutenant.

3.3.2. Environnement socio-économique

La présence de facteurs de risque et de protection au niveau familial est par ailleurs en partie liée aux conditions socio-économiques de la famille. Ces corrélations entre variables socio-économiques et le développement de manifestations pathologiques sont cependant difficiles à expliquer car les recherches en la matière sont extrêmement compliquées à mener. Les instruments permettant d'évaluer l'importance des facteurs sociaux et des conditions de vie actuelles dans le développement de ces troubles restent encore à développer, l'accent ayant longtemps été plutôt mis sur les facteurs constitutionnels de l'enfant ou son passé et sa tendre enfance comme étiologie des troubles des conduites. Or, la mise en évidence de cette dimension sociale permettrait des stratégies de prévention et d'intervention plus larges des problèmes de comportement.

Des travaux en sociologie ont ainsi montré que la désignation de l'enfant ou de l'adolescent comme « violent » était le plus souvent réductrice, ne prenant pas en compte la violence de la société qui les entoure et qui contribue à les construire. Beaucoup d'études abordent donc actuellement les déviances juvéniles en étudiant l'articulation de trois mondes (scolaire, familial, et le monde des sociabilités juvéniles). La culture de rue y est une notion centrale. On a par exemple montré qu'un jeune dont l'identité est stigmatisée par l'échec scolaire et la relégation recherche de la dignité retrouvée, ou du prestige reconquis, dans les conduites au sein du groupe de pairs qui sont en rupture ou en opposition avec les codes de l'école. La déviance scolaire ou sociale s'ancre ainsi dans la construction de la relégation et de l'exclusion au sein du monde scolaire.

La notion de virilité est aussi essentielle dans la réflexion sur les conduites en bande. Des études ont décrit le parcours d'initiation du jeune au sein d'une bande liée à la « culture de rue » et à l'économie souterraine et ont montré que cette socialisation aux codes de la bande concurrence, comme source de prestige, la socialisation que devrait assurer une institution scolaire parfois affaiblie ou discréditée.

La valorisation au sein de la culture de rue permet ainsi de trouver une alternative à la disqualification professionnelle et à la précarité sociale.

D'autres recherches ont par ailleurs montré l'importance de la cohésion sociale pour réduire la violence dans les quartiers.

Face au problème de la violence, le travail individuel et familial est donc souvent insuffisant. Il doit être complété par un travail social, communautaire centré sur les quartiers de vie et la cohésion sociale.

3.3.3. Enseignement

L'objectif de l'école est de préparer les enfants intellectuellement, socialement et émotionnellement à leur rôle dans la société. Elle joue un rôle important dans le processus de transmission de la culture. Vu ces objectifs normatifs et instructifs de la fréquentation scolaire, et étant donné son environnement fort structuré par des normes, il est normal que l'école soit le témoin de l'évolution psycho-développementale des problèmes de comportement en tout genre.

L'école joue un rôle limité dans l'émergence des troubles des conduites, mais elle constitue, toutefois, plus qu'ailleurs, l'environnement dans lequel les troubles sont manifestés, enregistrés et/ou sanctionnés. On parle en fait d'une interaction à double sens entre l'enseignement et les troubles des conduites. L'école peut en effet jouer un rôle clé en tant que facteur de protection potentiel, mais peut aussi être (involontairement) un facteur aggravant. Les enfants et adolescents sujets aux troubles des conduites sont tournés vers les rapports de force et réagissent souvent négativement et avec provocation aux règles de conduite et à l'autorité. Lorsque l'école réagit uniquement sur le mode répressif, la situation risque de connaître une escalade. Des problèmes comportementaux peuvent aussi entraîner des réactions négatives du personnel scolaire, une escalade dans les sanctions et les provocations, et un évitement voir un abandon de l'école, (auto)exclusion qui pousse à rechercher la compagnie d'autres jeunes dans la même situation et engendre une faible estime de soi. Les comportements agressifs peuvent encore engendrer un sentiment d'insécurité chez les élèves et les enseignants, ce qui favorise l'absentéisme des premiers et la démotivation des seconds.

On distingue en fait quatre formes de comportement asocial à l'école : le comportement délinquant (vandalisme, vol, etc.), les délits statutaires (p. e. absentéisme scolaire), les infractions régulières de règles de conduites importantes (p. e. perturbations

de cours) ou encore le comportement physique agressif. Celui-ci peut déjà apparaître à la maternelle, mais entraîne à ce moment là peu de conséquence. Il diminue ensuite en importance (mais ses conséquences deviennent plus graves) et se maintient finalement entre onze et dix-huit ans. L'agressivité sociale quant à elle augmente (harcèlement).

Suite au constat que, de plus en plus souvent, le secteur de l'enseignement n'arrive pas à trouver de solutions face à des comportements difficiles, plusieurs études ont été menées à la demande des autorités.

Pour des raisons méthodologiques, il est pourtant très difficile d'évaluer l'ampleur du problème. On constate cependant que la fréquence des comportements hors-normes est la plus élevée vers 15-16 ans, et qu'il s'agit le plus souvent de garçons. L'agression physique se produit le plus souvent entre élèves, et à l'extérieur de l'école.

La fréquence des différentes formes de troubles de conduites dépend des filières d'enseignement, bien que ces différences disparaissent si l'on tient compte du retard scolaire des élèves. La fréquence des comportements violents serait aussi plus grande quand on recourt plus à des pratiques pédagogiques qui favorisent les élèves les plus performants. Un groupe limité de jeunes commettrait plusieurs faits de façon régulière, mais la plupart des faits sont commis peu fréquemment.

Plusieurs facteurs peuvent ainsi influencer la présence de problèmes dans l'école, comme la présence de règles rigides, appliquées de manière tatillonne, un climat scolaire négatif et des interactions conflictuelles entre enseignants et élèves, ou encore le degré de ségrégation sociale et l'usage de la relégation scolaire.

L'évolution de la société actuelle peut également avoir une influence: l'autorité ne va plus de soi aujourd'hui et celle de l'école est parfois ouvertement remise en cause. La disparité culturelle accrue des élèves complique également la transmission des valeurs par l'école.

Pour faire face à cela, plusieurs auteurs soulignent la nécessité d'une collaboration et d'une coordination entre tous les acteurs concernés, à savoir, l'enfant ou l'adolescent, les parents, l'école, le centre psycho-médico-social (PMS), l'aide sociale, les médecins, la police, la justice, etc.

De nombreuses initiatives peuvent aussi être prises de manière spécifique au niveau de l'école : la mise en place de procédures permettant une gradation dans les mesures, un meilleur ajustement du programme d'études au niveau de l'élève, l'adaptation optimale et réaliste du nombre d'élèves par enseignant, l'élaboration de règlements pour lesquels les élèves ont eu leur mot à dire. Intégrer au programme d'études une formation en compétences sociales (au niveau cognitif, émotionnel et comportemental) peut aussi être utile. En réaction au comportement hors norme répétitif, il faut réagir promptement et confronter le jeune à des limites. En cas de persistance, il peut être décidé de renvoyer temporairement l'enfant ou

l'adolescent du milieu scolaire (procédure *Time Out*), le renvoi étant bien évidemment la dernière mesure à prendre. Afin d'éviter d'entrer dans une spirale négative, il est très important de parvenir à nouer et maintenir le plus possible un lien social positif avec les enfants et adolescents grâce auquel la spirale négative est inversée.

Outre la prise en charge particulière des élèves à problèmes, il convient aussi de mettre en place des procédures de soutien au corps professoral, notamment par le biais d'une formation adaptée afin que les enseignants disposent davantage d'outils permettant l'abord constructif des troubles des conduites.

3.3.4. Conclusion

Différents processus psychologiques interviennent dans le développement des troubles des conduites. Ceux-ci peuvent aussi tirer leur origine dans des conditions environnementales dans lesquelles vit l'enfant dès sa naissance (et peut-être aussi dès la période prénatale) et liées aux figures parentales, aux autres membres de la famille, à la famille au sens plus large, au voisinage, à la société.

Ces variables environnementales interagissent à différents niveaux avec des processus biologiques et psychologiques. Ceci peut aussi bien favoriser un développement physique, psychologique et social équilibré que susciter des problèmes. Les troubles des conduites peuvent dès lors être le résultat de divers facteurs de nature individuelle et sociale. Pour chaque enfant, une analyse individuelle est nécessaire afin de déterminer l'aide la plus adéquate.

4. DIAGNOSTIC

Pour aboutir à des pistes pertinentes d'intervention, le diagnostic des troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent doit comporter un volet descriptif et explicatif.

Le diagnostic descriptif permet d'établir l'existence et la gravité du trouble des conduites, sur base d'un système de classification validé internationalement comme le DSM-IV ou l'ICD (*International Classification of Diseases*) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette classification doit être complétée par une estimation de l'intensité des manifestations. Pour cela, il faut utiliser des interviews cliniques (semi)structurées.

Mais ce diagnostic ne reste que descriptif. Pour comprendre ce qui se passe et comment l'enfant et généralement la famille peuvent être aidés, il faut aussi identifier clairement d'autres facteurs comme les éléments de risque et de résilience, les processus individuels et contextuels d'existence afin de déterminer des moyens de prévention et d'intervention adéquats.

Les enfants et adolescents ont leurs propres capacités d'expression et sont rarement ceux qui demandent l'aide. C'est pourquoi il faut appliquer une approche *multi-agent, multi-method* en multipliant les sources et les méthodes de recherche d'information (impliquant d'autant plus le jeune dans le processus qu'il est âgé).

Il faut toujours évaluer les caractéristiques individuelles. Le développement de l'enfant doit être examiné sous tous les angles, au moyen d'une anamnèse structurée du développement. Il faut accorder une attention particulière au niveau intellectuel, au vécu intrapsychique, à la présence de pathologies associées (stress post traumatique, problèmes d'internalisation, etc.). Cette évaluation doit aussi comprendre dès la phase initiale du diagnostic une appréciation du risque (pour autrui et pour l'enfant lui-même). Elle peut se faire via une interview (semi)structurée, une observation, ou un test d'intelligence. D'autres instruments standardisés existent pour évaluer les aspects plus dynamiques du fonctionnement.

Les dimensions familiales doivent également être identifiées, notamment la charge familiale comme facteur de risque, les modèles présents dans la famille, les rôles de chaque membre, les valeurs éducatives.

Enfin, les troubles de conduite se définissant, de manière plus spécifique, par rapport à un contexte social bien déterminé, il faudra aussi considérer l'environnement social, le contexte et la culture dans lesquels les troubles évoluent. Des instruments standardisés (interviews) peuvent servir à identifier des évènements stressants, des difficultés socio-économiques ou encore des difficultés d'adaptation et des discordances entre le processus d'identification personnelle de l'enfant et celui imposé par la famille et le contexte socioculturel. Ces discordances constituent évidemment des facteurs de risque.

Ainsi on est amené à identifier dans chaque cas un ensemble de facteurs de risque, d'autres de protection et de résilience.

Etablir un diagnostic selon ces directives de bonnes pratiques exige du temps, de la formation et du personnel, ce dont tous les centres d'aides ne disposent pas. Ainsi, souvent, les bonnes pratiques, bien que connues, sont difficiles à appliquer. En conséquence, le diagnostic formel du fonctionnement comportemental ne peut pas toujours être correctement établi.

5. TROUBLES ASSOCIÉS (COMORBIDITÉ)

Il existe différents troubles associés au trouble des conduites. Ils s'additionnent, s'influencent réciproquement et réduisent les ressources adaptatives des jeunes atteints de ce trouble. Certains comportements à risques ou agressifs peuvent aussi engendrer des conséquences tragiques. Cette comorbidité entraîne que les garçons présentant un trouble des conduites ont notamment 3 à 4 fois plus de risques de mourir avant leurs 30 ans que les garçons qui ne le présentent pas.

Il faut identifier ces facteurs, causes, conséquences ou simplement corrélés au trouble des conduites, pour pouvoir mieux diriger les actions de prévention et d'intervention.

5.1 Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) et Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP)

Le trouble des conduites surviendrait ainsi d'autant plus fréquemment qu'un TDAH durant l'enfance est associé à un TOP.

Ces trois troubles commencent généralement en même temps au cours de la petite enfance et s'influencent ensuite réciproquement jusqu'à l'adolescence. La comorbidité entre le TDAH et le trouble des conduites serait associée à une aggravation de la symptomatologie de chacun des troubles et une augmentation de la souffrance (limitation des relations et isolement, difficultés scolaires et sociales s'accroissant avec le temps, plus de comportements antisociaux et illégaux).

De même, un quart des enfants présentant un TOP ont aussi un trouble des conduites. Ceci entraîne une trajectoire développementale difficile. L'association entre le TOP et l'agressivité physique constituerait par exemple une prédisposition à la personnalité antisociale chez l'adulte. Les perspectives d'avenir en termes de développement seront donc nettement handicapées.

5.2 Abus de substances

Troubles des conduites et abus de substances se retrouvent souvent associés. Ils s'aggravent réciproquement, notamment du fait que cette association augmente les difficultés d'adaptation à tel point que l'existence des personnes est souvent mise en péril.

5.3 Troubles de l'humeur et troubles anxieux

Ils sont aussi corrélés au trouble des conduites à tous les âges (3 à 4 fois plus fréquents chez les enfants ayant un trouble des conduites).

Des sentiments de mal-être ou d'humeur maussade accentuent l'agressivité et la violence, et vice et versa. Les troubles des conduites sont aussi souvent associés à une fréquence plus grande de tentatives de suicide chez des adolescents.

Par ailleurs chez l'enfant l'anxiété semble jouer un rôle protecteur sur le trouble des conduites. Les jeunes enfants avec anxiété paraissent plus souvent mieux adaptés et moins agressifs que s'il n'y a qu'un trouble des conduites. Cependant cet effet ne perdure pas au-delà de l'enfance. L'appréhension et l'inhibition dues à l'anxiété protégeraient en fait les enfants et adolescents de nombreux facteurs de risques alors que le retrait social et l'isolement les accentueraient ensuite.

5.4 Etat de Stress Post Traumatique (*Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD*)

Il semble être le trouble anxieux le plus comorbide au trouble des conduites. Il est sujet à un effet de genre : les filles présentant un trouble des conduites présentent plus souvent un PTSD que les garçons. On explique ceci par la nature des traumatismes subis (violences physiques, sexuelles, etc.).

5.5 Rejet social

Les enfants présentant un trouble des conduites, surtout s'il s'agit du type « mal socialisé », ont tendance à attribuer des sentiments hostiles à autrui, ce qui provoque un rejet social.

Les enfants rejetés déploient aussi leur agressivité et alimentent les conflits, ce qui accentue la symptomatologie du trouble des conduites.

Le rejet social contribue aussi à la création de liens entre enfants ayant un trouble des conduites et favorise ainsi la chronicité et l'intensité de leur trouble.

5.6 Echec scolaire

Les jeunes enfants dont le comportement est de plus en plus oppositionnel peuvent subir des réactions extrêmement négatives de la part des enseignants et être rejetés par leurs pairs. Leur rendement scolaire diminue et au début de l'adolescence,

ils deviennent plus exposés à subir les influences déviantes de leurs pairs. Le risque de recours aux substances, d'actes délinquants et d'échec scolaire est alors élevé.

Il apparaît aussi que les enfants ayant un rendement scolaire faible ont deux fois plus de risques de se comporter agressivement ou de façon délinquante que les enfants dont le rendement est moyen, et ceci, de manière plus précoce, plus chronique et plus grave.

5.7 Comportements à risques

Ils se présentent sous forme de conduite dangereuse de véhicule, boulimie, pyromanie, rapports sexuels non protégés, tentatives de suicide ou automutilations, abus de substances, etc., et sont dus notamment à l'impulsivité ou à la faible tolérance à la frustration, ainsi qu'à une propension à la déviance vis-à-vis de la norme et/ou du seuil de sécurité ou encore une incapacité cognitive à anticiper les conséquences négatives de leurs actes.

5.8 Trouble de la personnalité psychopathique (TPP)

Il s'agit d'un diagnostic qui ne peut être posé qu'à la majorité, mais d'importants signes avant coureurs peuvent être identifiés tout au long du développement. Ceux-ci permettent de faire la distinction entre troubles des conduites socialisés et mal socialisés.

Bien que ne faisant pas l'objet d'un diagnostic officiel du DSM-IV, le TPP, par ses caractéristiques, fait l'objet d'une large unanimité clinique et concerne les domaines comportemental, affectif, cognitif, et interpersonnel. Les caractéristiques de type comportemental du TPP sont en fait proches des critères diagnostiques du trouble des conduites dans le DSM-IV. Lorsque les caractéristiques affectives du TPP sont également présentes, ceci indique alors un trouble des conduites de type mal socialisé. Les problèmes comportementaux ont dans ce cas une origine plus précoce et les infractions sont plus graves, la violence plus importante et les possibilités de traitement sont moindres.

La *Psychopathy Checklist* (PCL-R) est le seul moyen accepté internationalement de poser un diagnostic de TPP. Pour vérifier si un mineur délinquant peut être qualifié de psychopathique, on ne dispose actuellement en pratique clinique que de la version destinée aux adolescents de la *Psychopathy Checklist* (la PCL: YV) et, pour le dépistage, de la *Childhood Psychopathy Scale*. La PCL: YV suppose cependant un dossier (psychosocial, psychiatrique et juridique) suffisamment étoffé dans lequel le développement des adolescents dans les divers domaines de vie est documenté.

Ceci dit, poser un diagnostic de TPP chez un jeune, c'est toujours le stigmatiser. Par ailleurs, on sait que des caractéristiques considérées comme importantes du TPP validé pour les adolescents, ne peuvent pas être tout simplement traduites pour des enfants en âge d'école.

Etant donné que l'efficacité des traitements des troubles des conduites diminue avec l'âge, il est important d'intervenir précocement. L'identification des signes avant-coureurs de type psychopatique permet de rendre les interventions précoces plus ciblées, et donc plus efficaces - par exemple en mettant l'accent sur la stimulation d'un développement prosocial.

La présence de caractéristiques psychopatiques peut donc aider à différencier plusieurs sous-groupes d'adolescents présentant des troubles des conduites et à organiser, à partir de là, une meilleure prévention et un traitement plus ciblé.

Certaines études indiquent que l'existence d'une psychopathie, une fois établie, reste stable au cours du temps. Toutefois, on constate en pratique que seule une minorité des jeunes présentant un score TPP élevé à l'âge de treize ans auront un diagnostic formel de TPP à l'âge de vingt-quatre ans. Ce sont surtout les difficultés affectives et interpersonnelles qui perdurent le moins avec l'âge.

Aucun facteur de protection n'a par ailleurs été identifié chez les jeunes de treize ans, à l'exception peut-être de la qualité de la communication entre l'adolescent et ses parents.

L'impact pronostique de la présence de ces caractéristiques diffère en fonction de l'âge auquel elles sont constatées. Ainsi, les adolescents présentant des scores élevés aux caractéristiques de la psychopathie ont un risque accru de développer un comportement antisocial grave à l'âge adulte.

Les études indiquant ce qui est susceptible de modérer l'évolution des caractéristiques psychopatiques et leurs implications dans le comportement antisocial ne sont que très récentes. On ne sait pas encore très bien si l'évolution pronostique négative des caractéristiques problématiques telles que froideur/superficialité émotionnelle, grandiosité et recherche impulsive et non socialisée de sensations vers la constitution d'un TPP peut être évitée ou infléchie et, dans ce cas, comment.

6. INTERVENTIONS

6.1 Prévention universelle

Une société doit accorder une attention suffisante à l'environnement de vie de tous les enfants. La convention internationale des droits de l'enfant souligne par exemple l'importance du droit de jouer (il faut pour cela fournir les espaces et infrastructures nécessaires) et de rencontrer ses amis (favoriser les possibilités de rencontre).

Il faut aussi soutenir les parents dans le travail de socialisation des enfants, notamment via le système scolaire (apprentissage des compétences sociales), ou en favorisant l'implication des jeunes dans la vie de la société.

Les adolescents ont également besoin d'une identité: il faut veiller à diminuer l'attraction de l'identité violente. Pour que les enfants et les adolescents ne perdent pas cette part importante de leur estime de soi liée à leur avancement dans l'apprentissage, il faut détecter et remédier de manière précoce aux difficultés scolaires.

Dans la société actuelle, présentant une mobilité accrue et de nouvelles formes de vie en société, les parents disposent aussi moins souvent de l'aide de leurs parents ou famille dans leur fonction d'éducation. La société peut compenser ceci en prévoyant une aide pour toutes les familles avec enfants durant la période de 0 à 7 ans, comme le font l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) ou *Kind & Gezin*. Cette offre d'aide à l'éducation pourrait être élargie de sorte que toutes les familles soient accompagnées, non seulement dans le suivi du développement physique, mais également dans le cadre de l'éducation et du développement psychosocial de leur enfant.

L'idée d'une aide précoce à l'éducation, systématique et hiérarchisée dans l'importance de l'intervention a été concrètement élaborée dans le programme *Triple P (Positive Parenting Program)*. Ce programme se compose de cinq niveaux allant de la prévention universelle (niveau 1) jusqu'à des apprentissages de compétences spécifiques en cas de problèmes (niveaux de 2 à 5). Les parents sont encouragés à créer pour leurs enfants un environnement familial sûr et qui s'implique. Ce programme fonctionne de manière pluridisciplinaire et sur base d'une formation des professionnels du terrain (de tous types).

Issu de plusieurs théories (apprentissage social, apprentissage opérant, psychopathologie du développement, théories écologiques, etc.), il est basé sur 5 grands principes.

Le *Triple P* est ainsi centré sur des contextes sociaux significatifs pour les parents (école, garderie, travail, etc.). Les informations données aux parents peuvent être appliquées aux besoins évolutifs des enfants. L'intensité des interventions varie en fonction des besoins, le niveau minimal suffisant de soutien étant offert pour que les parents puissent éduquer leurs enfants eux-mêmes. Le type d'intervention peut également varier (entretiens, groupes, soutien par téléphone, etc.).

Le *Triple P* réalise cela au niveau de 5 phases différentes de développement: nourrissons, tout-petits, jeunes enfants, enfants (en âge d'école primaire) et adolescents. Ce programme, déjà présent dans de nombreux pays, est actuellement évalué en Flandre quant à son efficacité.

6.2 Interventions sélectives

La prévention sélective s'adresse aux enfants et adolescents qui courent un risque accru de développer des troubles des conduites, étant donné la présence de facteurs de risque (bio-psycho-sociaux).

Divers programmes de prévention existent, et certains d'entre eux ont été validés empiriquement, comme dans le *Triple P* (niveaux 2 et 3). Ils s'adressent soit à l'enfant ou l'adolescent lui-même, soit à ses parents ou encore à l'école et l'environnement au sens large. Une distinction est souvent faite en fonction de l'âge de l'enfant, à savoir le très jeune enfant (0-3), l'enfant plus âgé (3-12) ou l'adolescent (>12).

Les programmes de prévention sélective pour les jeunes enfants s'adressent principalement aux parents (conseils prodigués lors de visite à domicile ou autres) et sont surtout efficaces s'ils commencent dès la grossesse.

Il existe en Belgique des *Opvoedingswinkels* (ou « Boutique de développement ») qui apportent un soutien à l'éducation facilement accessible pour tous.

D'autres programmes de prévention utilisés à l'étranger ont été validés, comme le *Montreal prevention experiment* et le projet *Elmira home visitation*, qui s'adresse aux mères de moins de 19 ans de faible niveau socioculturel et associe les visites à domicile et la formation au rôle de parents.

Les meilleurs résultats sont obtenus lorsque les programmes parentaux sont combinés à des interventions centrées sur le développement des compétences sociales, émotionnelles et cognitives de l'enfant lui-même, comme le font le *Perry Preschool Project Programs* ou le programme *Fast Track*, qui associe quant à lui la prévention sélective à la prévention universelle.

Pour les enfants plus âgés et en cas de problèmes comportementaux plus graves, il est possible de faire appel à des praticiens spécialisés qui se concentreront,

à l'école ou dans ses environs, sur l'absentéisme scolaire, l'intimidation, le chantage et d'autres troubles des conduites.

Le *Promoting Alternative Thinking Strategies* (PATHS) par exemple tente de renforcer les facteurs de protection et de diminuer les facteurs de risques auprès des enfants de l'école primaire, en développant les compétences sociales et émotionnelles.

L'*Olweus Bullying Prevention Program* tente quant à lui de réduire le niveau d'agression et de conflit dans les établissements (primaires et secondaires).

Enfin le programme *Seattle Development Project* tente de prévenir les comportements à risque à l'adolescence en renforçant les liens avec la famille et l'école, via des formations, pour agir sur les facteurs de risque.

6.3 Interventions ambulatoires

Dans le cas où des difficultés comportementales majeures se développent, des interventions spécialisées sont nécessaires. Un traitement pharmacothérapeutique peut être indiqué, mais celui-ci n'entraîne aucun changement permanent dans le comportement du sujet. Des interventions sont donc nécessaires pour agir sur des paramètres psychologiques et sociaux. Il existe plusieurs traitements validés de manière empirique, qui se basent d'une part sur les psychologies cognitive, du développement, de l'apprentissage et de la personnalité et d'autre part sur la psychologie sociale et la connaissance du fonctionnement des réseaux relationnels (famille, école, camarades et milieu social plus élargi).

Toutes les thérapies familiales se centrent par ailleurs sur la formation en compétences parentales (par exemple, avec le programme *Living with children* ou la *Home video training*). Celle-ci consiste à favoriser une attitude positive à l'égard de l'enfant (comme lui consacrer du temps), et à acquérir des compétences éducationnelles concrètes. Les parents apprennent à inculquer à leurs enfants un comportement prosocial et respectueux des règles (en formulant clairement leurs attentes, en confirmant les attitudes souhaitées, et en deuxième instance seulement en utilisant des atténuateurs ou d'autres techniques comme celle du time out – voir supra).

Selon l'âge de l'enfant ou de l'adolescent, la nature et la gravité des problèmes et l'objectif de l'intervention, la formation en compétences parentales peut être intégrée et complétée par d'autres méthodes.

Les niveaux 3 à 5 du *Positive Parenting Program* (voir supra) proposent ainsi un traitement pour les problèmes comportementaux majeurs (ainsi que le *Stepping Stones* pour les parents d'enfants présentant un retard de développement et/ou un handicap).

La thérapie familiale fonctionnelle centre son action sur les familles difficilement accessibles, connaissant des problèmes multiples, et intervient en trois phases distinctes (engagement et motivation, compétences parentales et communication dans la famille, et généralisation des changements positifs obtenus aux relations avec les autres acteurs dans le contexte).

Pour des enfants plus âgés et en cas de problèmes comportementaux plus graves, la thérapie multisystémique est le modèle de traitement le plus étudié, et qui obtient de bons résultats. On intervient systématiquement, par des méthodes et techniques de thérapie cognitivo-comportementale et systémique-théorique, dans les différents systèmes dont l'enfant ou l'adolescent fait partie (famille, pairs, école, environnement de travail, quartier, loisirs). Ce programme inclut une formation aux compétences parentales et un volet individuel qui s'attache aux compétences sociales et académiques des adolescents et tente de réduire au maximum les contacts avec le groupe de pairs déviants et de favoriser les liens avec des groupes de soutien conventionnels.

La thérapie familiale multidimensionnelle, qui partage de nombreux points communs avec la thérapie multisystémique, donne les meilleurs résultats pour les jeunes présentant des problèmes de comportement et abusant de substances (et comporte un dispositif spécifique pour ce problème). L'objectif est, en créant une alliance thérapeutique avec l'adolescent et sa famille, de travailler sur les facteurs de risque et de protection aux différents niveaux pour lui permettre de reprendre une trajectoire développementale normale. Cette thérapie a été récemment testée en Belgique (projet « *International Need for Cannabis Treatment – Multidimensional Family Therapy* » - INCANT – MDFT).

Le *Multidimensional treatment foster care* (OTFC) offre une alternative intéressante au placement en institution, quand les adolescents ne peuvent rester dans leur famille. Celui-ci coûte en effet cher et comporte le risque d'élargir l'arsenal des comportements des adolescents que l'on regroupe. De plus, ses résultats ne se généralisent pas toujours ensuite dans l'environnement naturel.

Ce programme apporte une formation à la famille d'accueil et à la famille naturelle, afin de changer le comportement de celle-ci et d'améliorer l'intégration des adolescents à l'école et développer les contacts avec des pairs non déviants. Les résultats sont prometteurs.

Si les parents ne sont pas disponibles ou disposés à continuer de s'investir dans l'éducation, il faut oser envisager des alternatives qui permettent d'avoir une attitude positive minimale à l'égard de l'adolescent. Travailler avec des parrains peut dans ce cas constituer une solution.

Les interventions centrées sur l'enfant atteint de troubles des conduites visent quant à elles à acquérir des compétences sociales et à apprendre à résoudre les problèmes (comme le *problem solving training*).

Cependant, les effets des traitements individuels sont moins importants que ceux enregistrés pour les traitements familiaux, et l'association des deux assure les meilleurs résultats (mais est plus onéreuse).

6.4 Interventions en milieu scolaire

Afin de lutter contre l'absentéisme scolaire, qui est considéré, dans ses formes graves, comme un trouble des conduites (« délit statutaire »), plusieurs interventions ciblées ont été mises en place.

La communauté flamande a mis en place une approche intégrée de l'absentéisme scolaire, afin de prévenir ce comportement en impliquant tous les acteurs du contexte scolaire, via 12 points d'action : campagne d'information, sensibilisation des médecins, création d'un climat positif, meilleure collaboration entre écoles et parents, politiques spécifiques pour certains groupes cibles, approche intensive si nécessaire, enregistrement des absences et détection des premiers signaux, etc.

La Communauté française encourage également les chefs d'établissement à mettre en place des plans favorisant l'accrochage scolaire, ainsi que des procédures pour le signalement et le suivi des absences injustifiées, et ce en collaboration avec les différents partenaires (centre PMS, médiation scolaire, services d'accrochage scolaire, équipes mobiles, etc.).

La méthode du *Schoolwide Positive Behavior Support* (soutien du comportement positif par toute l'école) est une approche systémique de prévention et d'intervention des comportements-défis dans les écoles, dont l'efficacité est évaluée de manière empirique. Elle consiste en une analyse fonctionnelle des éléments contextuels influençant l'apparition des comportements et, ensuite, à apprendre aux élèves les comportements positifs prenant la place du comportement problématique, plutôt que d'utiliser des procédures punitives.

Cette démarche comporte trois niveaux d'action (prévention universelle, secondaire et tertiaire/individuelle) et inclut des actions comme l'enseignement de compétences sociales, le soutien scolaire, le renforcement positif, des activités de classe ou des interventions individualisées positives (dans le 3^{ème} niveau).

Enfin, des « Ateliers du Bien-être » peuvent également être développés à l'école, pour aider les enfants et adolescents à acquérir des compétences psycho-sociales de base.

Des projets pilotes sont en développement à Bruxelles. Ils consistent à former, d'abord sur base volontaire, des enseignants à la connaissance et la pratique d'acquisition par les jeunes de dimensions essentielles de leur développement psychologique et relationnel (par exemple l'estime de soi, la gestion de stress, la gestion de conflits, l'empathie, la solidarité, etc.) et ensuite, de soutenir ces enseignants à développer des interventions brèves, en ce sens, auprès des élèves.

6.5 Interventions dans le quartier

Outre ces diverses interventions ciblées, il existe également d'autres possibilités générales d'interventions prosociales, qui aident les enfants et adolescents en difficulté. Celles-ci sont proposées notamment par les centres PMS, les Actions en Milieu Ouvert (AMO), les CPAS, etc. Cependant, elles ne sont pas toujours bien connues et n'ont pas toujours suffisamment de moyens pour mener à bien leur fonction. Leurs actions sont également rarement évaluées.

Enfin, la police a bien évidemment aussi un rôle à jouer dans la prévention et l'intervention faces aux actes de violences commis par des jeunes. Elle met en place pour cela différentes initiatives (parrainage, jeux de rôle, tables rondes avec les enseignants, etc.).

6.6 Interventions résidentielles

Parfois, les difficultés relationnelles et/ou l'inefficacité des aides ambulatoires rendent nécessaire le placement résidentiel de l'enfant ou de l'adolescent. Quand celui-ci est nécessaire, il est d'autant plus efficace qu'il commence tôt et qu'il est adapté aux besoins spécifiques du jeune (ce qui n'est pas toujours possible étant donné le manque chronique de places disponibles).

D'autre part, regrouper des enfants et des adolescents présentant des troubles des conduites entraîne le risque de voir s'élargir l'arsenal des comportements agressifs et déviants. Le personnel encadrant doit donc pouvoir structurer les processus interactifs, tout en faisant attention de laisser au groupe la liberté de prendre lui-même ses responsabilités.

Une intervention résidentielle doit comporter des modules de prise en charge axés sur le diagnostic, l'évaluation des risques et l'analyse des délits; et d'autres sur la motivation. Elle doit être constituée de petits groupes de vie (4 à 6 adolescents). Le programme de traitement doit être intensif et structuré et associer une thérapie cognitivo-comportementale (formation en compétences sociales, à l'empathie, soutien individuel), à des interventions familiales (thérapie familiale, formation en compétences parentales). L'accompagnement dans la recherche de travail et les interventions axées sur les prestations scolaires peuvent également contribuer au succès. Après la phase résidentielle, il faut évidemment mettre en place un suivi thérapeutique et poursuivre le soutien du jeune dans les activités de vie journalière. Ceci doit être préparé pendant le séjour résidentiel.

Un environnement résidentiel doit aussi être multidisciplinaire, le personnel doit être suffisamment formé et encadré, la structure du programme et les procédures doivent être claires, et les différents modules de prise en charge, basés sur des théories éprouvées.

L'aide résidentielle à la jeunesse est en Belgique organisée par les Communautés et est relativement diversifiée. Il existe d'une part une aide générale (Centres de Soins aux enfants et soutien familial, « l'Accueil » de l'ONE, etc.) et, d'autre part, une aide résidentielle spécialisée. Celle-ci comprend les institutions d'aide pour les personnes handicapées et toute une série d'institutions d'aide spéciale à la jeunesse, dont diverses institutions privées (centres d'accueil, centres de jour, maisons familiales, services de placement familiale, centres d'observation, etc.). Des institutions publiques d'aide à la jeunesse spécialisées peuvent accueillir des mineurs ayant commis un fait qualifié d'infraction.

Les institutions communautaires de la communauté flamande, qui comportent chacune leur propre école, offrent un accueil et un encadrement orthopédagogique individualisé, par une équipe pluridisciplinaire, et impliquent largement les parents. Les institutions publiques de protection de la jeunesse (IPPJ) de la communauté française développent également des actions pédagogiques individualisées qui visent la réinsertion sociale.

Si aucune place n'est disponible dans ces institutions publiques, les jeunes seront admis dans un centre fermé fédéral.

Enfin, il existe également, organisé par le pouvoir fédéral, les services pédiatriques et pédo-psychiatriques des hôpitaux qui peuvent accueillir des jeunes avec une problématique de santé mentale.

Des unités *FORK* ont par ailleurs récemment été mises en place pour prendre en charge des mineurs ayant commis des faits qualifiés d'infractions et présentant une problématique psychiatrique.

6.7 Traitement pharmacologique

Étant donné la diversité des facteurs bio-psycho-sociaux entrant en compte dans le développement d'un trouble des conduites, la prise en charge médicamenteuse n'est jamais suffisante. Elle peut cependant être utile quand les manifestations sont sévères ou que d'autres troubles comorbides peuvent bénéficier d'un traitement spécifique.

Aucun traitement médicamenteux spécifique n'est cependant actuellement officiellement indiqué pour ce trouble particulier. L'efficacité des antipsychotiques atypiques serait rapide et durable sur l'agressivité et l'impulsivité et leur tolérance est relativement bonne. Les thymorégulateurs sont d'avantage indiqués en cas de fluctuations de l'humeur ou de trouble bipolaire associé. Les psychostimulants seraient indiqués lorsque le trouble déficitaire de l'attention est comorbide du trouble des conduites.

7. RECOMMANDATIONS

Les interventions les plus efficaces concernant les troubles des conduites sont, comme souvent, celles qui visent la prévention. Pour prévenir l'apparition de ces troubles, il est d'abord fondamental de s'assurer, dès le plus âge des enfants, de leur bien être et de celui de leur famille. Celle-ci doit notamment être aidée dans l'acquisition de moyens d'existence suffisants, et soutenue dans son travail d'éducation.

Pour cela, il faut améliorer l'accessibilité et la formation des professionnels de première ligne auprès desquels les parents peuvent chercher dans un premier temps de l'aide, et élargir l'accompagnement existant au suivi du développement psycho-social de l'enfant.

Les parents doivent aussi pouvoir être « supplésés » de temps à autre, par exemple par un accueil extra-scolaire suffisant et de qualité.

Accueil de la petite enfance, infrastructures sportives et culturelles, aménagement urbain sont d'autres domaines dans lesquels on peut agir pour promouvoir un développement optimal des enfants et des adolescents, en leur donner la possibilité de jouer, de se rencontrer, et en les responsabilisant. S'approprié ensemble ces activités et ces infrastructures développe les compétences sociales.

L'école a également un rôle important dans la construction de l'identité des enfants et des adolescents et dans leur socialisation, et mérite donc une attention toute particulière.

Des initiatives ciblées peuvent être développées à l'école, comme le *Schoolwide Positive Behavior Support*, ou des « Ateliers du Bien-être », qui aident les enfants et adolescents à acquérir des compétences psycho-sociales de base.

Les missions des centres PMS peuvent aussi être élargies aux aspects émotionnels et relationnels du développement de l'enfant et commencer plus tôt.

Il est également important de stimuler l'entrée à l'école dès 2 ½ à 3 ans pour pouvoir remédier, le plus tôt possible, aux difficultés que l'on pourrait observer.

Les enseignants doivent, eux aussi, être soutenus dans leur travail, notamment pour le suivi du développement psychosocial des enfants, ce qui implique une formation en ce sens, dans leurs études de base.

Enfin, les compétences psychosociales des élèves doivent être développées, notamment en les responsabilisant dans le fonctionnement quotidien de l'école.

L'école, la direction et les enseignants doivent tendre vers une attitude positive constante à l'égard de chaque élève, mais garantir également l'application

précoce et cohérente des règlements, ce qui permet souvent d'éviter les escalades. Les sanctions prévues doivent être graduées, proportionnelles, cohérentes, et de type plutôt réparatrices que punitives et d'exclusion.

L'école doit aussi travailler en collaboration avec tout le réseau social autour des jeunes (santé mentale, soins médicaux et psychiatriques, police, justice, aide à la jeunesse, etc.).

Quand des enfants ou des adolescents montrent des signes de difficultés dans leur comportement, ceux-ci doivent pouvoir être identifiés précocement et les adultes concernés (parents, enseignants, etc.) doivent d'abord tenter d'y remédier avec leurs moyens propres. Les interventions doivent être échelonnées en importance, il n'est en effet pas toujours nécessaire de faire appel à une aide spécialisée, au risque de surcharger inutilement celle-ci.

L'aide psychologique de première ligne doit donc être développée et les professionnels qui sont le plus souvent en contact avec les enfants doivent être mieux formés.

Pour les groupes à risque, il faut des programmes de prévention intégrés comprenant des visites à domicile pour les parents, une formation au comportement prosocial pour les enfants à l'école et un soutien spécifique des enseignants.

Étant donné la diversité des facteurs de risque et de protection en cause dans cette problématique, ces interventions précoces doivent se faire grâce à des équipes multidisciplinaires. L'accès doit pouvoir être aisé pour familles et enfants de tous les milieux socio-économiques.

Les « Boutiques d'Éducation », qui apportent une aide accessible et rapide à tout parent qui en a besoin dans son rôle d'éducation, sont ainsi un exemple à promouvoir en terme de prévention et de prise en charge précoce efficace.

Si nécessaire, il faut ensuite faire appel au dispositif d'assistance et de soins plus spécialisé pour avis et prise en charge éventuelle. Ce dispositif de deuxième ligne (comme les centres de santé mentale) doit donc disposer de moyens nécessaires pour traiter correctement ces demandes. Par exemple, les thérapeutes de deuxième ligne doivent être formés au diagnostic selon une approche bio-psycho-sociale et aux programmes actuels de traitement basés sur la recherche scientifique.

Il faut également que la dispense d'aide en cas de problèmes comportementaux et de soutien à l'éducation fasse partie intégrante des soins de santé mentale. Il faut notamment veiller, dans un cadre clair, au remboursement de ces interventions et intégrer les spécialistes non médecins dans ce système de soins (psychologue, éducateur, travailleur social, etc.).

Les interventions mises en place doivent, en tout cas, toujours combiner un traitement individuel avec une approche contextuelle. On utilisera notamment les thérapies cognitives, du développement et de l'apprentissage. En cas de problèmes familiaux plus graves, on aura recours à une thérapie familiale fonctionnelle. Pour une problématique complexe, la thérapie multisystémique est la plus indiquée.

Les traitements résidentiels (placement d'un enfant) quant à eux ne doivent être utilisés que lorsque toutes les autres possibilités ont été épuisées et, de préférence, se faire dans un cadre familial (famille d'accueil).

Les institutions résidentielles doivent offrir une aide multidisciplinaire, un cadre clair, des intervenants suffisamment formés et doivent être régulièrement évaluées. Il faut renforcer les possibilités de mesures et de suivi axées sur la réparation des dommages occasionnés ou de la souffrance faite à autrui (médiation réparatrice, concertations de groupe réparatrice, service à la société, projet éducatif, etc.).

Les besoins d'assistance et de soins aux enfants et adolescents en difficulté avec troubles des conduites nécessitent donc au cours du temps des interventions successives de programmes issus de différentes disciplines et d'institutions diversifiées. Ceux-ci doivent être correctement coordonnés, en particulier par les autorités publiques ayant ces diverses compétences dans leurs missions (santé, éducation, justice, etc.). Cela permet des trajets de soins cohérents et continus.

Parallèlement, au niveau des médias, il y a lieu d'avoir une réflexion sur la façon de présenter les comportements hors normes ou délinquants de jeunes (agressions, violences, homicides, viols, etc.).

Enfin, il faut également évaluer davantage les politiques menées en la matière et encourager des études (rétrospectives et prospectives), qui incluent des indicateurs, non limités aux troubles des conduites, mais étendus aux conditions générales d'existence des jeunes et de leur famille, à leur bien-être ou mal être et se focaliser plus sur les trajectoires de vie que sur des caractéristiques d'un moment donné.

En conclusion

Les troubles des conduites des jeunes sont en relation, tantôt avec des particularités neuro-biologiques, tantôt avec des styles de fonctionnement psychologiques et aussi – et surtout – avec des conditions d'existence. Le milieu familial et l'école sont des environnements préférentiels où s'expriment ces troubles.

L'un et l'autre – en synergie – doivent ainsi bénéficier d'aide et de soutien pour la prévention de ces difficultés et l'assistance, et si nécessaire de soins.

A cet effet, il est nécessaire :

1. que les familles disposent de ressources d'existence suffisantes;
2. que les jeunes disposent, en complément de leur scolarité, d'espaces de loisirs où ils peuvent se rencontrer, se divertir, développer des liens d'amitié et s'ouvrir à d'autres valeurs que celles qui leur appartiennent originellement;
3. qu'en cas d'apparition de troubles de conduites, celles-ci fassent l'objet d'une attention précoce de la part de la famille et de l'école et que l'accès à des conseillers de première ligne soit aisé (« boutiques d'éducation », médecin de famille, pédagogues de centres psycho-médico-sociaux, etc.);
4. que le développement chez les jeunes, des compétences psychosociales et relationnelles, fasse partie des programmes d'enseignement et éducatifs tout au long des cursus scolaires et que les parents puissent en bénéficier (*positive parenting program* – *Triple P*, Ateliers du Bien-être, cours de compétences parentales, etc.);
5. que les professionnels spécialisés dans l'assistance soient sensibilisés aux particularités des troubles des conduites à travers la multidisciplinarité des fonctions (médicales mais aussi autres, telles que le travail social, l'animation, la pédagogie, etc.);
6. que les autorités responsables de diverses missions (santé, éducation, justice, etc.) se concertent et coordonnent leurs actions;
7. que, à défaut d'autres solutions, si le placement d'un jeune est indispensable, ce soit préférentiellement en famille d'accueil;
8. que, si c'est une institution qui héberge le jeune, les programmes soient préférentiellement orientés vers du pédagogique, que les dommages de violence occasionnés fassent l'objet d'activités de réparation et non d'exclusion et que des liens sociaux soient préservés;
9. que, dans chaque cas particulier, les interventions auprès du jeune se fassent en impliquant, si possible, les personnes de l'entourage (famille, école, justice si nécessaire, etc.);
10. enfin, que les divers programmes de prévention et de prise en charge soient globalement et dans chaque cas particulier réévalués et, si indiqué, réorientés.

8. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Les noms des experts du CSS sont annotés d'un astérisque *.

Les experts suivants ont participé à l'élaboration de l'avis:

BIJTETBIER Patricia	(Psychologie, KULeuven)
CELESTIN-WESTREICH Smadar*	(Psychologie, VUB)
DANCKAERTS Marina*	(Pédopsychiatrie, KULeuven)
DEBOUTTE Dirk*	(Pédopsychiatrie, UA)
DECOENE Stef	(Psychologie, KULeuven)
DE GUCHT Véronique*	(Sciences sociales, Universiteit Leiden)
DEPREEUW Eric	(Psychologie, KUB)
DEVYVER Jean-Claude	(Psychologie – criminologie)
FRANÇOIS Anne	(Pédopsychiatrie, HUDERF – ULB)
GALAND Benoît	(Psychologie, UCL)
GAUTHIER Jean-Marie	(Pédopsychiatrie, ULg)
GLAZEMAKERS Inge	(Psychologie, UA)
GRIETENS Hans	(Psychologie, KUL)
LAFOSSE Christophe	(Neuropsychologie, UA)
MACQUET Claude	(Sociologie, ULg)
MAGEROTTE Ghislain*	(Psychologie, UMH)
PELC Isidore*	(Psychiatrie, ULB)
ROSKAM Isabelle	(Psychologie, UCL)
ROY Emmanuel	(Psychologie, UCL)
SMOLDERS Christiaan	(Psychologie, KUL)
SPAPEN Patrick*	(Psychologie, Brugmann – ULB)
STIEVENAERT Marie	(Psychologie, UCL)
VAN BROECK Nady	(Psychologie, UCL)
VIENNE Philippe	(Sociologie, ULB)

Les personnes suivantes ont été entendues :

De Vos Bernard	(Délégué Général aux Droits de l'Enfant)
De Rycke Lieven	(Kinderrechtencommissariaat)
Haerden Hilde	(Opvoedingswinkel Gent)
Mauroy Marie Christine	(ONE)
Remue Jean Claude	(Police fédérale)

Le groupe de travail a été présidé par **Isidore PELC** et le secrétariat scientifique a été assuré par **Sylvie GERARD, Sandrine MARTIN, Anne-Madeleine PIRONNET**.

Au sujet du **Conseil Supérieur de la Santé** (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques), parmi lesquels 200 sont nommés à titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

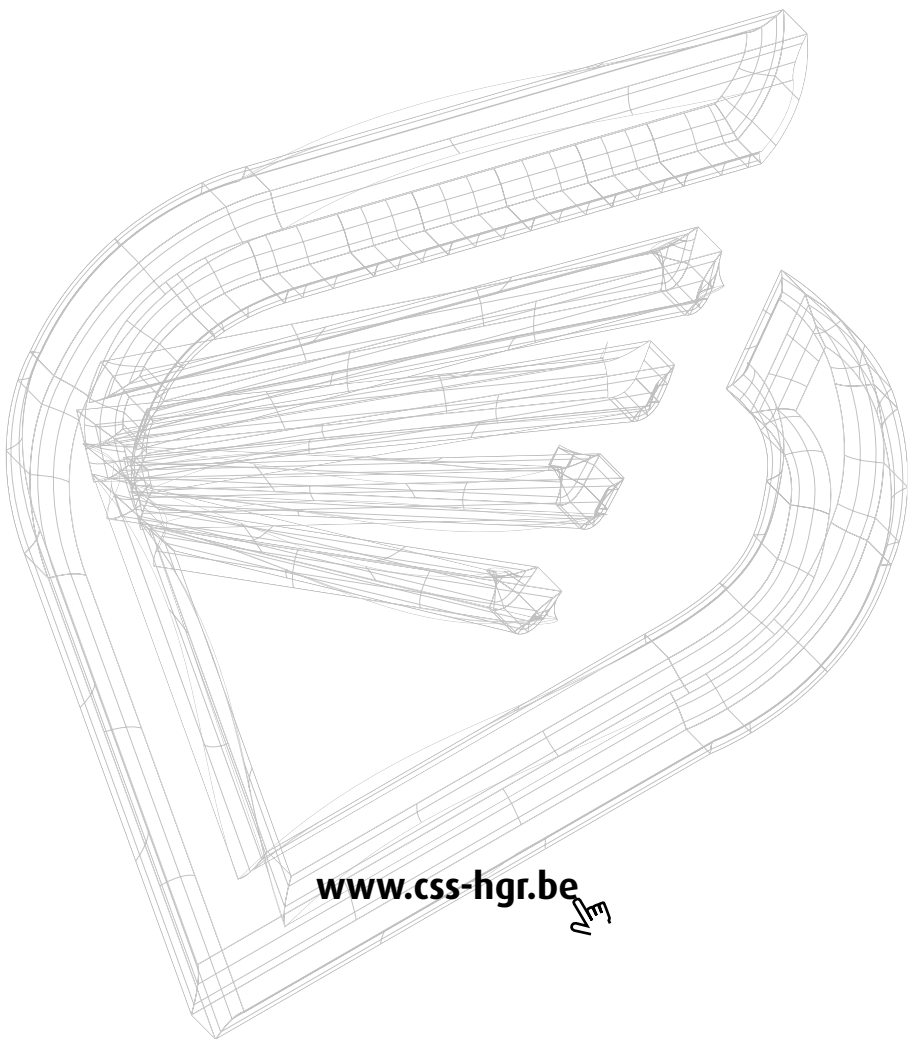
En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et un comité référent) et la validation finale des avis par le Collège (ultime organe décisionnel). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Les avis des groupes de travail sont présentés au Collège. Après validation, ils sont transmis au requérant et au ministre de la santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.css-hgr.be), sauf en ce qui concerne les avis confidentiels. Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles parmi les professionnels du secteur des soins de santé.

Le CSS est également un partenaire actif dans le cadre de la construction du réseau EuSANH (*European Science Advisory Network for Health*), dont le but est d'élaborer des avis au niveau européen.

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez vous abonner à une mailing-list et/ou un RSS-feed via le lien suivant:

<http://www.css-hgr.be/rss>.



www.css-hgr.be 

Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT