



PUBLICATION DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 8325

ENFANTS ET ADOLESCENTS : TROUBLES DES CONDUITES DANS LEUR CONTEXTE

Mars 2011

RESUME

Une société telle que la nôtre ne peut se permettre d'ignorer les souffrances des enfants et des adolescents qui sont à la base de comportements que l'on regroupe sous le terme « trouble des conduites ». C'est pourquoi le groupe de travail « santé mentale et facteurs psychosociaux des pathologies » du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a jugé utile de faire un état des lieux circonstancé de cette problématique.

Pour pouvoir comprendre et agir sur ce problème, il faut d'abord définir précisément de quoi l'on parle. Les classifications internationales, comme celle du DSM-IV, ont leurs limites, mais présentent l'avantage pour les chercheurs de pouvoir se mettre d'accord sur les comportements que l'on étudie. Ainsi, 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* ». 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, pour pouvoir établir le diagnostic de trouble des conduites.

Mais cela n'indique en rien l'origine des signes observés et ne donne que peu d'indications sur les solutions à apporter. Pour cela, il faut explorer toutes les interactions entre les facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. Cela permet alors d'identifier les facteurs de risques et de résistance, mais aussi de protection et de résilience.

Au niveau de l'individu, des facteurs biologiques (génétiques, hormonaux, neuropsychologiques, etc.) et psychologiques (image de soi, tolérance à la frustration, attachement précoce etc.) peuvent intervenir.

Au niveau de son environnement, la famille dans laquelle l'enfant grandit joue évidemment un rôle essentiel. L'environnement économique et social de l'enfant et de sa famille joue également un rôle (culture de rue et phénomène des « bandes de jeunes »).

Le système scolaire est quant à lui l'environnement dans lequel les troubles se manifestent souvent et qui se doit donc d'apporter une réponse adaptée. C'est aussi à l'école que les compétences sociales des enfants et adolescents peuvent être développées.

Afin d'identifier ces divers facteurs, le diagnostic de trouble des conduites doit toujours se faire dans une perspective bio-psycho-sociale et avec des instruments validés. Ces instruments peuvent être des interviews cliniques semi-structurées ou des questionnaires standardisés. Les enfants et adolescents ayant leurs propres capacités d'expression et étant

rarement ceux qui demandent l'aide, il faut également multiplier les sources et les méthodes de recherche d'information.

Les troubles des conduites sont par ailleurs souvent associés à d'autres problématiques, qui modifient les ressources disponibles pour faire face aux difficultés. Il faut donc accorder une attention particulière à ces troubles associés. Parmi eux, les plus fréquemment rencontrés sont le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et le trouble oppositionnel avec provocation. On peut également retrouver des abus de substances, des troubles de l'humeur et de l'anxiété, des problèmes sociaux et scolaires, des conduites à risque, ou encore des caractéristiques psychopathiques.

C'est en tenant compte de l'ensemble de ces facteurs de risque et de protection que l'on pourra mettre en place des interventions adaptées.

Comme souvent, les interventions les plus efficaces sont celles qui visent la prévention. Il est en effet plus efficient de prévenir l'apparition de troubles en s'assurant, dès le plus âge des enfants, de leur bien-être et de celui de leur famille (y compris en soutenant celles-ci dans leur travail d'éducation). Accueil de la petite enfance, infrastructures sportives et culturelles, aménagement urbain, système scolaire, sont différents domaines dans lesquels on peut agir pour promouvoir un développement optimal des enfants et des adolescents.

De par son rôle important dans la construction de l'identité des enfants et des adolescents et dans leur socialisation, l'école est par ailleurs un acteur essentiel qui mérite une attention toute particulière. Il faut donc s'assurer d'un environnement scolaire de qualité, qui dispose des moyens pédagogiques nécessaires. On peut également développer des initiatives ciblées à l'école, comme le *Schoolwide Positive Behavior Support*, qui est une approche systémique de prévention et d'intervention des comportements-défis dans les écoles. 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. 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 et éviter ainsi l'échec scolaire.

Si des enfants ou des adolescents montrent des signes de difficultés dans leur comportement, les adultes concernés (parents, enseignants ...) doivent d'abord tenter d'y remédier avec leurs moyens propres. Il n'est en effet pas toujours nécessaire de faire appel à une aide spécialisée, au risque de surcharger inutilement celle-ci.

Pour cela, il faut développer l'aide psychologique de première ligne. 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 d'initiative de prévention et de prise en charge précoce efficace.

Si nécessaire, il faut ensuite faire appel au dispositif d'assistance et de soins pour avis et prise en charge éventuelle. Ce dispositif (comme les centres de santé mentale) doit donc disposer de moyens nécessaires pour traiter correctement et rapidement ces demandes. Par exemple, les thérapeutes de deuxième ligne doivent être formés au diagnostic et au traitement selon une approche bio-psycho-sociale et aux programmes validés de traitement des enfants et adolescents, comme le Triple P.

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 des soins et intégrer les spécialistes non médecins dans ce système de soins. Les interventions mises en place doivent concerner tant la personne que son milieu de vie. On utilisera notamment les thérapies cognitives et du

développement et de l'apprentissage. La plupart des programmes validés empiriquement comprennent également des formations en compétences parentales.

Les traitements résidentiels 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). Ils doivent offrir une aide multidisciplinaire, un cadre clair, des intervenants suffisamment formés et doivent être régulièrement évalués.

La problématique des troubles des conduites concerne donc une grande série de facteurs et les actions à entreprendre relèvent de domaines très différents. Pour mener une politique efficace en la matière, il est essentiel que les autorités publiques de compétences diverses (santé, éducation, justice, etc.) se concertent et s'associent pour promouvoir ensemble le développement harmonieux des enfants et des adolescents.

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION A LA QUESTION POSEE.....	7
2.	DEFINITION	8
2.1	Introduction.....	8
2.2	Définitions internationales	8
2.3	Différences selon l'âge de début des troubles.....	12
2.4	Différences selon le sexe.....	12
2.5	Types socialisés et mal socialisés	13
2.6	Conclusions	13
2.7	Références	14
3.	MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL.....	15
3.1	Introduction	15
3.2	Facteurs biologiques.....	15
3.2.1	<i>Facteurs génétiques.....</i>	<i>15</i>
3.2.2	<i>Facteurs environnementaux biophysiques</i>	<i>17</i>
3.2.3	<i>Des facteurs de risque aux dysfonctionnements ou anomalies</i>	<i>17</i>
3.3	Facteurs psychologiques et parcours développementaux.....	22
3.3.1	<i>Facteurs psychologiques</i>	<i>22</i>
3.3.2	<i>Trajectoires développementales.....</i>	<i>23</i>
3.3.3	<i>Etudes longitudinales.....</i>	<i>26</i>
3.3.4	<i>Recommandations pour la recherche sur l'installation et l'évolution des troubles des conduites</i>	<i>27</i>
3.4	Aspects environnementaux	28
3.4.1	<i>Environnement familial</i>	<i>28</i>
3.4.2	<i>Environnement économique</i>	<i>32</i>
3.4.3	<i>Environnement social et urbain</i>	<i>33</i>
3.4.4	<i>Enseignement.....</i>	<i>37</i>
3.5	Conclusions du modèle bio-psycho-social	45
3.6	Références	46
4.	DIAGNOSTIC	57
4.1	Introduction	57
4.2	Diagnostic descriptif.....	57
4.2.1	<i>Directives (bonnes pratiques).....</i>	<i>57</i>
4.2.2	<i>Méthode.....</i>	<i>57</i>
4.2.3	<i>Limites</i>	<i>57</i>
4.3	Evaluation selon le modèle bio-psycho-social	58
4.3.1	<i>Directives (bonnes pratiques).....</i>	<i>58</i>
4.3.2	<i>Méthodologie</i>	<i>59</i>
4.3.3	<i>Etat actuel des choses (diagnostic en pratique)</i>	<i>59</i>
4.3.4	<i>Recommandations.....</i>	<i>60</i>
4.3.5	<i>En conclusion</i>	<i>62</i>
4.4	Références	63
5.	TROUBLES ASSOCIES ET COMORBIDITE	66
5.1	Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) & Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP)	66
5.2	Abus de tabac, alcool et autres drogues.....	67
5.3	Troubles de l'humeur et troubles anxieux	68
5.3.1	<i>Les troubles de l'humeur et risques de suicide.....</i>	<i>68</i>
5.3.2	<i>Les troubles anxieux.....</i>	<i>68</i>

5.4	Problèmes sociaux et scolaires	69
5.4.1	<i>Rejet social</i>	69
5.4.2	<i>Difficultés scolaires</i>	70
5.5	Conduites à risques	70
5.6	Psychopathie	70
5.6.1	<i>Introduction</i>	70
5.6.2	<i>L'évolution vers un trouble de la personnalité psychopathique</i>	72
5.6.3	<i>Détection précoce des caractéristiques psychopathiques</i>	74
5.6.4	<i>Traitement et prévention</i>	75
5.6.5	<i>Conclusion</i>	76
5.7	Références	76
6.	INTERVENTIONS	82
6.1	Prévention universelle : Une société soucieuse du bien être de tous les jeunes	82
6.1.1	<i>Une société respectueuse des droits de l'enfant</i>	82
6.1.2	<i>Apprendre aux enfants à vivre ensemble</i>	83
6.1.3	<i>Offrir une identité aux adolescents</i>	83
6.1.4	<i>Investir dans la carrière scolaire</i>	84
6.1.5	<i>Soutien actif de toutes les familles dans leur travail éducatif</i>	84
6.2	Intervention sélective	87
6.3	Interventions psychologiques et sociales axées sur le traitement des troubles des conduites en ambulatoire	93
6.3.1	<i>Principes de base</i>	93
6.3.2	<i>Traitements familiaux</i>	94
6.3.3	<i>Interventions centrées sur les enfants</i>	98
6.4	Interventions en milieu scolaire	98
6.4.1	<i>La politique de lutte contre l'absentéisme scolaire menée par le département de l'Enseignement de la Communauté flamande</i>	98
6.4.2	<i>L'obligation scolaire en Communauté Française</i>	102
6.4.3	<i>L'enseignement à Bruxelles</i>	104
6.4.4	<i>Stratégies spécifiques d'intervention à l'école</i>	105
6.5	Interventions dans le Quartier / Voisinage	106
6.5.1	<i>Interventions prosociales et facteurs familiaux</i>	106
6.5.2	<i>Interventions en rue</i>	107
6.6	Traitement dans le cadre d'un placement en institution spécialisée	108
6.6.1	<i>Considérations générales</i>	108
6.6.2	<i>Services résidentiels pour le traitement d'enfants et adolescents avec un trouble des conduites</i>	111
6.7	Interventions pharmacologiques	118
6.8	Références	118
7.	CADRE JURIDIQUE	122
8.	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	122
8.1	Prévention	122
8.1.1	<i>Prévention universelle</i>	122
8.1.2	<i>Prévention sélective</i>	125
8.2	Interventions psychologiques et sociales	126
8.2.1	<i>En ambulatoire</i>	126
8.2.2	<i>Approche résidentielle</i>	127
8.3	Trans-sectorialité	128
8.4	Recherche et évaluation des politiques menées	129
9.	COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	130

ABREVIATIONS ET SYMBOLES

AMO: Actions en Milieu Ouvert
CFTMEA: Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CLB: *Centrum voor LeerlingenBegeleiding*
CPAS: Centre Public d'Aide Sociale
DAS: Dispositif d'Accrochage Scolaire
DGEO: Direction Générale de l'Enseignement Obligatoire
DSM IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of mental diseases* – version 4.TR
H2M: *Hard-t(w)o-Manage Children*
HPA: *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis* (axe Hypothalamo-hypophysaire-adrénergique)
IMP: Institut Médico-Pédagogique
IPPJ: Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse
MDFT: *Multidimensional Family Therapy*
MTFC: *Multidimensional Treatment Foster Care*
PMS: Psycho-Médico-Social
SAS: Service d'Accrochage Scolaire
SRJ: Services Résidentiels pour Jeunes
ONE: Office de la Naissance et de l'Enfance
PATHS: *Promoting Alternative Thinking Strategies*
TDAH: Troubles de l'Attention Déficitaire avec Hyperactivité (en anglais : ADHD : *Attention deficit and hyperactivity disorder*)
TFF: Thérapie Familiale Fonctionnelle
TOP: Trouble Oppositionnel avec Provocation

1. INTRODUCTION A LA QUESTION POSEE

Chaque individu est unique. Sa manière d'être est un ensemble complexe d'éléments propres à sa personnalité, son histoire de vie et le contexte dans lequel il évolue. Chaque enfant, en tant qu'être social par essence, cherche sa place au sein des réseaux sociaux dans lesquels il se trouve. Idéalement, chaque enfant grandit en toute sécurité dans un cadre d'attachement, de bonheur et d'harmonie dans la famille où il est né et les contextes de plus en plus larges dont il va faire partie. Malheureusement, ce développement ne se déroule pas toujours aussi bien. Des éléments propres à l'enfant ou à l'adolescent, à sa famille ou au contexte de vie peuvent provoquer des accidents de parcours et menacer son développement harmonieux. Ceci peut influencer de manière radicale sa vie affective, la façon dont il voit le monde et l'appréhende, son comportement et ses relations à autrui. Les modifications du comportement de l'enfant sont les plus manifestes et on parle ainsi de trouble des conduites. Ce trouble des conduites constitue le signe extérieur visible d'une souffrance psychologique et sociale sous-jacente beaucoup moins perceptible.

Un nombre croissant de parents éprouvent des difficultés dans l'éducation de leurs enfants. Beaucoup de parents sont en demande d'aide et d'avis pour l'éducation de leurs enfants et quand de tels troubles des conduites se présentent, certains se sentent si impuissants qu'ils ont tendance à abandonner leur rôle.

Une société qui traite ses membres avec sollicitude ne peut se permettre de nier l'existence de ce trouble des conduites et la souffrance qui en constitue la base. Elle a pour tâche de prévoir et de reconnaître les problèmes. Elle doit donc s'efforcer de comprendre ces évolutions et de tout mettre en œuvre pour les prévenir et offrir une aide adéquate.

Reconnaître les troubles des conduites nécessite une description claire des manifestations indiquant le développement d'un problème. Pour ce faire, les spécialistes utilisent dans la littérature scientifique des systèmes descriptifs¹ de ces manifestations permettant de reconnaître les différents types de troubles et leur gravité. Pour comprendre le trouble présent, il faut se baser sur des théories psychologiques et sociales qualitativement bonnes et scientifiquement fondées. Elles indiquent quels éléments de l'individu, de l'environnement et de l'interaction entre les deux se trouvent à la base du développement du trouble des conduites. La compréhension de ces éléments est le prérequis pour prévoir et tenter d'éviter une évolution problématique de l'enfant ou de l'adolescent. Ceci peut aussi indiquer les interventions possibles pour remédier à ce trouble.

D'initiative propre, la section « Santé mentale et facteurs psycho-sociaux des pathologies » du Conseil Supérieur de la Santé, a jugé utile de faire un état des lieux de cette problématique du trouble des conduites chez les enfants et adolescents. Pour cela, un groupe de travail ad hoc a été mis en place, dans lequel des experts tant scientifiques (pédopsychiatres, psychologues, sociologues, ...) que du terrain étaient représentés. Les points de vue et les méthodes de travail d'acteurs importants dans le domaine comme « l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E) » et le Délégué Général aux Droits de l'Enfant ont été entendus. Le rapport est basé sur une revue de la littérature récente, une analyse critique et les discussions entre experts.

Le rapport contient une analyse critique des concepts et des classifications internationales utilisées. Il identifie ensuite des facteurs de risque et de protection qui influencent largement l'évaluation et l'évolution des troubles des conduites. Il peut s'agir de facteurs liés à l'enfant, à son environnement, ou aux interactions entre les deux.

¹ Dans ce rapport, nous utiliserons par la suite le système descriptif du DSM-IV. De plus amples renseignements à ce sujet figurent au point 2 du chapitre 2 sur les définitions.

La combinaison avec d'autres problématiques, telles l'usage d'alcool ou de drogues, les troubles de l'humeur ou de l'anxiété, ou les conduites à risque sont également discutées. Une attention particulière est portée à l'impact des situations de précarité sociale de certains groupes d'enfants et d'adolescents, à l'influence du retard scolaire et à la signification de développements sociaux comme la culture de rue et les bandes de jeunes. Suite à cet état des lieux est discutée également la pertinence d'interventions tant au niveau de la prévention que de l'assistance. Ces interventions préventives et curatives se basent d'abord sur le contexte dans lequel l'enfant grandit, comme sa famille, ses amis, son école, ses voisins, son environnement et ses loisirs. Les interventions basées sur le jeune lui-même sont également prises en compte.

Enfin, des recommandations sont faites, non comme point final mais comme des éléments de réflexion et de décision livrées aux diverses autorités en charge des secteurs concernés, via le Ministre Fédéral de la Santé et des Affaires Sociales.

Avertissement: La participation de multiples collaborateurs, aux expériences et aux orientations très variées, a conduit à accepter une grande diversité d'avis, ce qui fait certainement la richesse de ce document, mais conduit parfois à des redites. Que le lecteur veuille bien accepter ceci de façon positive dans une publication qui est bien évidemment toute en nuances.

2. DEFINITION

2.1 Introduction

On utilise dans ce rapport le terme « trouble des conduites » tel qu'il est défini dans la classification descriptive du manuel de diagnostic et de statistique des maladies mentales (DSM-IV-TR). Un chapitre y est consacré au trouble des conduites. Un tel système de classification sert de repères aux professionnels de la santé. Elle a pour objet de situer dans quelle catégorie se trouvent des plaintes et souffrances d'une personne ou de son entourage. Elle permet de faciliter la communication et sert de base à la recherche scientifique.

Mais il y a également des inconvénients à son utilisation. Cela ne permet en effet en rien d'avoir une indication sur l'origine des signes observés et ne fournit que peu d'informations sur les remèdes à adopter. Mettre l'accent sur les manifestations observables peut détourner l'attention des processus sous-jacents. L'importance des critères qui doivent être présents pour pouvoir parler d'un tel trouble peut pousser à ignorer d'autres aspects de la personnalité qui ne rentrent pas dans la classification. La complexité des situations personnelles d'un enfant ou d'un adolescent peut être masquée par la simplicité apparente de l'approche descriptive.

Afin de clarifier la discussion, la classification du DSM-IV est utilisée dans ce rapport pour pouvoir ensuite aller plus loin dans la compréhension des variables biologiques, psychologiques et environnementales qui constituent la base de la problématique.

2.2 Définitions internationales

Les troubles des conduites sont par définition un phénomène social étant donné qu'ils sont définis dans le cadre de ce que l'on peut attendre d'un individu d'un certain âge dans un contexte socio-culturel déterminé. La définition fait référence aussi bien aux attentes de la société au sujet du comportement des enfants et adolescents qu'aux aspects relatifs au

fonctionnement de l'enfant ou de l'adolescent lui-même. Etant donné que l'homme est un être social, une partie importante de l'éducation consiste en une socialisation. Celle-ci implique que l'enfant apprend peu à peu les règles quant à ses relations avec les personnes de sa génération et les adultes : il les respecte et développe du respect pour les droits des autres. Lorsque, à un âge où l'enfant est sensé avoir atteint un certain niveau de développement psychologique, il manifeste un comportement qui va à l'encontre de ces règles et qu'il occasionne de ce fait des dommages, les spécialistes parlent de trouble des conduites. Il va de soi que les explications à ce comportement peuvent être très variées et qu'un grand nombre de facteurs jouent un rôle dans ce contexte. Après la délimitation de la notion et la description du concept, ce rapport envisage, dans le chapitre 3, le modèle d'explication bio-psycho-social.

Dans le DSM-IV, un chapitre est consacré aux troubles de l'attention et au comportement perturbateur. Ce chapitre décrit aussi les manifestations des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ces troubles, souvent sous- ou surestimés, ne sont pas traités dans le présent rapport.

Une distinction est ensuite faite entre le trouble des conduites et le comportement provoquant oppositionnel.

On parle donc d'un **trouble des conduites** quand les manifestations suivantes sont présentes :

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 :

Agressions envers des personnes ou des animaux

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

Destruction de biens matériels

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)

Fraude ou vol

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

Violations graves de règles établies

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. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, 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

La **classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)** tente quant à elle d'intégrer ce trouble dans une dimension « processuelle ». La version révisée publiée en 2002 distingue dans « les troubles des conduites et des comportements » une distinction entre les pyromanies, les kleptomanies, les fugues, les violences contre les personnes, les conduites à risque, les errances, et autres troubles caractérisés des conduites (comportements inadaptés persistants et répétés, non secondaires à un syndrome psychiatrique avéré).

On y trouve également un chapitre consacré aux « pathologies limites à dominante comportementale » qui regroupent les troubles des conduites sous-tendus par des organisations limites de la personnalité.

Enfin, la classification **Zero to three** concerne les enfants de 0 à 3 ans, et son but est de faciliter l'établissement de diagnostics cliniques notamment dans les troubles précoces et sévères du développement. Cette classification comprend 5 axes :

- Axe I: diagnostic primaire
- Axe II: classification du trouble de la relation
- Axe III: affections médicales et trouble du développement
- Axe IV: facteurs de stress psychosociaux
- Axe V: niveau fonctionnel du développement émotionnel

Les critères diagnostics du DSM-IV pour le **Trouble déficitaire de l'attention avec/ sans hyperactivité (TDAH)** sont les suivants :

Table 2 : critères diagnostics du DSM-IV pour le Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)

A. Présence soit de (1), soit de (2) :

(1) six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

Inattention

(a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités

(b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux

(c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

(d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)

(e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités

(f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)

(g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)

(h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes

(i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

(2) six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

Hyperactivité

- (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- (b) se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, le symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- (e) est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts »
- (f) parle souvent trop

Impulsivité

- (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (h) a souvent du mal à attendre son tour
- (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux)

B. Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C. Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d'environnement différents (p. ex., à l'école - ou au travail - et à la maison).

D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

On considère le **comportement provoquant oppositionnel** lorsque les manifestations suivantes sont présentes :

Table 3. Critères diagnostiques du DSM-IV pour le Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP)

- A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus) :
 - 1. se met souvent en colère
 - 2. conteste souvent ce que disent les adultes
 - 3. s'oppose souvent activement ou se refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
 - 4. embête souvent les autres délibérément
 - 5. fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
 - 6. est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
 - 7. est souvent fâché et plein de ressentiment
 - 8. se montre souvent méchant ou vindicatif
- B. La perturbation des conduites entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.
- C. Les comportements décrits en A ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble de l'humeur.
- D. Le trouble ne répond pas aux critères du trouble des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à ceux de la personnalité antisociale.

2.3 Différences selon l'âge de début des troubles

Les classifications internationales s'accordent sur l'intérêt de différencier les formes à début précoce (dans l'enfance) des formes à début tardif (durant l'adolescence). Le DSM-IV distingue par exemple les troubles des conduites précoces (commençant avant 10 ans et plus stable temporellement) des tardifs (débutant après 10 ans).

Les formes à début précoce seraient plus agressives, essentiellement masculines et accompagnées de mauvaises relations avec les pairs (INSERM, 2005). Une fréquente comorbidité avec le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité est également souvent observée dans ce cas. Elles seraient associées à un QI plus faible, à un environnement familial plus perturbé, à un risque important d'évolution vers la personnalité antisociale et précédées d'un trouble oppositionnel avec provocation. Leur évolution serait plus chronique. Ces enfants ont en effet habituellement un important niveau d'agressions physiques jusque 4-5 ans qui lui-même constitue un prédicteur fiable de l'agressivité à l'âge scolaire. Cependant, tout en perdurant, cette agressivité diminue légèrement au cours de l'enfance, pour ensuite augmenter pendant l'adolescence et diminuer à nouveau au début de l'âge adulte. Toutefois, cette agressivité et les conséquences qui en résultent et qui s'accumulent peuvent favoriser l'évolution vers différents troubles de la personnalité à l'âge adulte.

Les formes débutant durant l'adolescence auraient un ratio garçon/fille moins ciblé sur les garçons, seraient moins agressives, caractérisées par de meilleures relations avec les pairs et un pronostic plus favorable en regard du risque de développer un trouble de la personnalité à l'âge adulte (INSERM, 2005). Les comportements problématiques se réduisent à un ou deux contextes. Par exemple, les adolescents génèrent des problèmes dans des lieux publics, mais sont irréprochables à l'école ou à la maison. De plus, ces comportements ne s'effectuent qu'à intervalles irréguliers et ne perdurent qu'exceptionnellement au-delà de l'adolescence. Toutefois, certains d'entre eux s'adonneront encore, à l'âge adulte à divers comportements antisociaux à cause des difficultés engendrées durant leur adolescence : difficultés scolaires conduisant à des problèmes d'insertion professionnelle, diminution du soutien social et matériel de leur famille créant notamment une isolation affective, la fréquentation de personnes enclines à des difficultés semblables renforçant leurs conduites et cognitions antisociales (Moffit et al., 2002).

2.4 Différences selon le sexe

Même si les garçons présentent plus de trouble des conduites que les filles (+/- 2 pour 1, mais variable selon les études), celles-ci peuvent être également concernées. Actuellement, l'attention se porte d'ailleurs sur les phénomènes de délinquance féminine avec l'apparition des gangs de filles et de cas d'homicides commis par des adolescentes. Selon différentes études, le pronostic du trouble des conduites paraît aussi mauvais quel que soit l'âge de début chez les filles et certains auteurs proposent d'utiliser le statut pubertaire comme limite plutôt que l'âge de 10 ans. Les symptômes consistent en des troubles du comportement sexuel avec prostitution, recherche de partenaires antisociaux et grossesses précoces. Il existe chez les filles des comportements de manipulation de l'autre plutôt que d'agression, mais elles seraient en revanche plus facilement empathiques et accessibles à la culpabilité. Leur type d'agressivité se distingue en fait de celui des garçons au cours de l'adolescence. Durant l'enfance, si elles présentent un important niveau d'agressivité physique, celle-ci se transforme en agressivité relationnelle au cours de l'adolescence. Cette forme d'agressivité se caractérise, par exemple, par le fait de répandre de fausses rumeurs à l'encontre de quelqu'un ou de se servir de gens crédules pour nuire à une tierce personne. Cette agressivité relationnelle est nettement moins recensée que l'agressivité physique, car elle

n'appartient pas aux critères diagnostiques du trouble des conduites (Dumas, 2007 ; Zoccolillo, 1993).

2.5 Types socialisés et mal socialisés

Une autre sous-catégorie permet de spécifier encore les troubles des conduites, il s'agit des types socialisés et mal socialisés.

Le trouble des conduites de type **socialisé** est caractérisé par des enfants et adolescents qui marquent leurs comportements antisociaux exclusivement en groupe. En conséquence, leur agressivité et leur violence, rarement associées à un autre trouble, sont sporadiques et ne durent généralement que le temps de leur adolescence (comme pour le trouble des conduites tardif).

A l'inverse, les enfants et adolescents présentant un trouble des conduites de type **mal socialisé** révèlent très précocement leur agressivité, leur violence et montrent la plupart du temps un ou plusieurs troubles psychopathologiques associés. Bien souvent ils agissent seuls ou avec quelques semblables avec lesquels ils ont une association éphémère, car l'ostracisme dont ils sont fréquemment sujets et la difficulté qu'ils ont à instaurer des relations amicales durables compromet tout établissement de liens sincères et réciproques (Broidy et al., 2003).

Il faut noter cependant, qu'au-delà des distinctions diagnostiques, quelques enfants étiquetés par un diagnostic de trouble des conduites ne montrent pas un niveau élevé d'agressions physiques et les facteurs de risques de leurs trajectoires développementales restent encore trop peu connus à ce jour. Ceci s'explique notamment par le fait que les notions de « destruction de biens et de matériels, les vols d'objets, les mensonges, les fraudes et les violations graves de règles établies » qui constituent aussi un point d'ancrage au trouble des conduites, n'ont, quant à eux, pas été autant étudiées de façon longitudinale et systématique que les agressions physiques. Leurs trajectoires développementales restent donc floues même si elles apparaissent associées au trouble des conduites et semblent suivre le même schéma évolutif que celui des agressions physiques. Pour certains, il est donc impossible d'identifier très clairement leurs facteurs de risques (INSERM, 2005).

2.6 Conclusions

Le trouble des conduites est une entité clinique qui est décrite de façon assez simple dans les classifications internationales. Pourtant, au-delà de cette approche descriptive, c'est la notion même du fondement des aspects psychopathologiques qui est posée. Qu'y a-t-il derrière ces symptômes préoccupants au point qu'ils mobilisent une partie du monde médical, social, juridique, et éducatif? Afin de pouvoir répondre à cette question, il semble aujourd'hui d'une nécessité absolue de construire des ponts entre les savoirs des différents champs biologiques, psychologiques et sociaux, pour mettre tous ces aspects complémentaires au service d'une compréhension de difficultés et d'une souffrance pouvant exister chez les enfants, les adolescents et leurs parents.

Si les critères décrits dans les classifications s'avèrent efficaces pour assurer la régularité des diagnostics, on peut néanmoins s'interroger sur les équivalences qu'ils établissent entre différents comportements. Peut-on vraiment mettre sur le même plan des comportements notés dans les classifications tels que « Reste dehors la nuit en dépit des interdictions des parents », « A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial », « Fait souvent l'école buissonnière » et, par ailleurs, des actions clairement délinquantes ou criminelles telles que « A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui », « A fait preuve de cruauté physique envers des personnes » ou « A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles » ?

Ainsi, le terme « trouble des conduites » recouvre un ensemble de comportements dont il apparaît qu'une partie – notamment lorsque ces comportements sont multiples et/ou s'accompagnent d'agressions physiques – apparaissent relativement durables et précurseurs dans une proportion importante de cas de diverses formes de déviances sociales, mais aussi d'autres troubles psychiques à l'âge adulte. Pour autant leurs limites et leur signification pathologique à différents âges restent encore incertaines. Des recherches complémentaires incluant les aspects psychopathologiques sont encore nécessaires pour éclairer et préciser les nombreux points de discussion et de controverses qui persistent.

2.7 Références

- Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame B, Dodge KA, et al. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol* 2003; 39(2):222-45.
- Campbell SB, Spieker S, Burchinal M, Poe MD. Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47(8):791-800.
- Dodge KA, Coie JD, Lynam D. Aggression and antisocial behavior in youth In: W. Damon W, Lerner RM, Eisenberg N, editors. *Handbook of child psychology: Social, emotional and personality development*. 6th ed. New York 2006. p. 719-88.
- Dumas JE. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. 3rd ed. Bruxelles De Boeck 2007. p. 305-75.
- Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Durnd B, Garrabé J, et al. Nouvelle version de la classification française ds troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - CFTMEA 2000. *Ann Med Psychol* 2002; 160:242-6.
- Moffit TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ. Males on the life-course-persistent and adolescent-limited antisocial pathways: Follow up at age 26 years. *Development and Psychopathology* 2002; 14(179-207).
- NCIFF - National Center for Infants Toddlers and Families. *Zero to three - Classification diagnostique de 0 à 3 ans*. Médecine et Hygiène ed. Genève 1994.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. *Classification Internationale des Maladies, CIM 10*. Paris: Masson; 1994.
- Tremblay RE, LeMarquand D, Vitaro F. The prevention of oppositional defiant disorder and conduct disorder In: Quay H, Hogan A, editors. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York: Plenum Publishers; 1999.
- Zoccolillo M. Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology* 1993:65-78.

3. MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL

3.1 Introduction

La recherche scientifique dans le domaine des troubles des conduites vise à détecter tous les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui jouent un rôle dans l'apparition et le développement de ces troubles. Le fonctionnement d'un enfant ou d'un adolescent est le résultat d'une interaction complexe entre ces éléments, qui évolue tout au long de son développement.

3.2 Facteurs biologiques

Au cours des dernières décennies, un changement paradigmatique manifeste s'est produit dans le cadre de la recherche scientifique concernant le comportement humain, en évoluant des modèles d'apprentissage purement sociaux vers une perspective plus équilibrée qui considère comme importants les facteurs tant génétiques qu'environnementaux. Parmi les facteurs environnementaux, les phénomènes tant biophysiques que socioculturels jouent un rôle (Baker et al., 2006). L'étude des troubles des conduites ne constitue, à cet égard, pas une exception.

Les facteurs biologiques peuvent être étudiés à différents niveaux. Il existe de nombreuses études sur les variables génétiques, neuro-anatomiques, neurophysiologiques, hormonales et neuropsychologiques, qui jouent un rôle dans le développement des troubles des conduites.

3.2.1 Facteurs génétiques

Les études de génétique comportementale (études sur des jumeaux, sur l'adoption) permettent d'examiner l'importance du caractère héréditaire versus environnemental d'une caractéristique déterminée ou syndrome. L'étude de génétique moléculaire recherche des gènes spécifiques et des mécanismes génétiques expliquant le problème.

Génétique comportementale

Des études de génétique comportementale indiquent que l'hérédité joue un rôle dans l'étiologie des troubles des conduites et des concepts associés tels que l'agression, le comportement antisocial, les troubles antisociaux de la personnalité, la délinquance, etc. (Baker et al. 2006). Des caractéristiques individuelles associées aux troubles des conduites, telles que l'impulsivité, le sensationnalisme, le comportement à risque et les *callous-unemotional traits*² semblent aussi partiellement déterminés par la génétique (Baker et al., 2006).

Une méta-analyse de 51 études de comportement antisocial (Rhee & Waldman, 2002) a montré un coefficient héréditaire global de 40% (31% additif et 9% non-additif³) et un caractère environnemental de 60% (18% environnement partagé et 42% non-partagé⁴).

² *Callous-unemotional traits* (caractéristiques CU) est un concept anglosaxon qui, pour l'instant, ne connaît pas de traduction claire et qui constitue un élément de la notion de psychopathie. Cette dernière notion englobe une association de comportement antisocial et de caractéristiques spécifiquement affectives et interpersonnelles, résumées sous le vocable "callous-unemotional": amabilité peu sincère, affect superficiel, égocentrisme, manque de remords et d'empathie, placement des torts en dehors de soi-même, peur minime et grande résistance au stress.

³ Des effets génétiques additifs résultent d'une simple addition d'effets de différents gènes sur différents loci alors qu'en cas d'effets non additifs, l'effet total des différents gènes n'est pas une simple addition mais le résultat de phénomènes tels que la dominance (interaction de différentes formes de gènes sur un même locus) et l'épistasie (interaction de différents gènes sur différents loci).

⁴ Les effets environnementaux partagés sont ceux qui sont communs à tous les membres de la famille; les effets environnementaux non partagés sont des expériences individuelles uniques.

Cela signifie qu'environ 40% de la variation interindividuelle dans la survenance d'un comportement antisocial peuvent être attribués à des facteurs génétiques et 60% de cette variation être expliqués par des différences dans leur environnement. 42% de ces facteurs environnementaux se retrouvent dans le contexte partagé par tous les membres de la famille alors que 18% concernent des expériences individuelles. Les pondérations respectives varient bien entendu d'une étude à l'autre (e.a. également en fonction de la nature du concept mesuré, de l'âge du groupe étudié et de la source d'informations), mais les modèles globaux sont similaires (Baker et al., 2006). On ne semble trouver aucune différence entre garçons et filles. Dans l'enfance, les effets environnementaux partagés semblent plus importants (sans doute parce que les parents constituent alors la principale source d'informations) que dans les groupes plus âgés et le facteur génétique serait le plus élevé chez les délinquants dont le trouble persiste pendant toute la durée de vie. Un comportement antisocial semble plus déterminé par la génétique chez les enfants s'il s'accompagne de caractéristiques CU (Viding et al., 2008). Une étude du caractère héréditaire de la "délinquance" chez les enfants existe mais révèle un facteur génétique beaucoup moins important par rapport à un comportement de transgression des règles en général et également comparativement aux adultes (Baker et al. 2006).

En outre, une grande partie de la comorbidité entre les troubles des conduites chez les enfants et d'autres syndromes tels que le TDAH et l'abus de médicaments semble s'expliquer également par un chevauchement des facteurs génétiques (Button et al., 2006 ; Tuvblad et al., 2008)

Etude de génétique moléculaire

Différents polymorphismes géniques (formes variantes) réglant l'activité de neurotransmetteur au niveau du cerveau ont déjà été corrélés avec le développement d'un comportement antisocial. C'est ainsi que plusieurs polymorphismes des gènes récepteurs de la sérotonine (5-HT) ont été associés à un comportement agressif et violent, de même que les gènes dopaminergiques et le gène codant pour la monoamine oxydase-A (Baker ea. 2006). On constate que de faibles quantités de sérotonine conduisent à l'impulsivité et à l'inhibition d'un comportement adéquat et que l'activité dopaminergique est inversement corrélée au comportement agressif ; toutes ces associations pourraient donc convenir pour expliquer partiellement le caractère héréditaire de l'agression et des problèmes de comportement.

Interactions entre les gènes et l'environnement

Les influences génétiques sont généralement complexes et se composent souvent d'une conjonction additive et non-additive de plusieurs gènes ainsi que d'interactions entre les gènes et les facteurs environnementaux. Une revue de 39 études empiriques illustre un large éventail d'interactions possibles entre gènes et environnement (Raine, 2002). Généralement, la prédisposition génétique au comportement antisocial constituera le risque principal en présence d'un environnement à risque. C'est ainsi que des études sur l'adoption semblent indiquer que les enfants adoptés dont les parents biologiques présentaient un comportement délinquant risquent de développer une agressivité, principalement si le milieu d'adoption est lui aussi inadapté. Une caractéristique d'un effet d'interaction est que le risque en présence des deux phénomènes (prédisposition génétique et facteur environnemental) est plus grand que la somme des risques pris séparément. Des effets d'interaction ont également déjà été démontrés pour la prédisposition génétique, le dysfonctionnement familial et la maltraitance des enfants, mais des effets protecteurs aussi en ce qui concerne la vie dans un environnement rural (Button et al., 2005, Kim-Cohen et al., 2006, Legrand et al., 2008).

En d'autres termes, si un risque génétique déterminé est présent, il peut être influencé par des facteurs environnementaux spécifiques. Ces facteurs environnementaux peuvent être tant psychosociaux que biologiques.

Des études sur l'adoption montrent en outre aussi une association entre le comportement antisocial chez les parents biologiques et un mode d'éducation négatif chez les parents adoptifs (Ge et al., 1996), ce qui constitue une indication de l'existence éventuelle de corrélations évocatrices entre gènes et environnement (c.-à-d. l'agression génétiquement influencée chez l'enfant pourrait susciter des réactions d'aversion chez les éducateurs).

3.2.2 Facteurs environnementaux biophysiques

Des complications médicales lors de la naissance constituent un exemple type de facteur de risque biophysique pour le développement de violences à l'adolescence. On parle généralement d'une interaction (c.-à-d. plus qu'un simple effet additif) de ce facteur avec des facteurs de risque psychosociaux (p. ex. de sérieux problèmes familiaux ou un rejet maternel) (Raine, 2005). Des effets similaires d'interaction ont été démontrés pour fumer durant la grossesse et monoparentalité, grossesse à l'adolescence et grossesse non désirée (Raine, 2002). La malnutrition durant la grossesse est aussi un facteur de risque connu. Les enfants qui, à la naissance, présentent des anomalies physiques mineures courent également un risque accru de comportement délinquant, principalement lorsqu'ils grandissent dans un environnement familial instable et faisant preuve de négativisme.

3.2.3 Des facteurs de risque aux dysfonctionnements ou anomalies

Le modèle bio-psycho-social ne dresse pas seulement l'inventaire des facteurs étiologiques ou de risque et leurs interactions, mais étudie également les mécanismes biologiques intervenant dans l'apparition de problèmes comportementaux. Quels systèmes ou fonctions sont perturbés en tant que cause (ou conséquence) du trouble des conduites ? La perturbation de ces biosystèmes peut à son tour être imputée aux facteurs de risque génétiques ou biophysiques précités mais tout autant à des causes psychosociales. Certains paramètres peuvent donc être "différents" soit sur le plan anatomique (en terme de développement, forme, quantité) ou dans leur fonctionnement. Les paramètres biologiques suivants ont, dans des études, été associés à des troubles des conduites chez les enfants et les adolescents :

Déficits structurels

Des études montrent que les enfants manifestant des troubles des conduites, tout comme les adultes ayant un trouble de la personnalité antisocial présentent des **anomalies fronto- limbiques neurostructurelles**⁵ (Raine et al., 2000 ; Vloet et al., 2008). D'autres régions du cerveau ont également fait l'objet d'études. Pour l'instant, l'étude structurelle est cependant limitée et il ne ressort pas clairement si les résultats sont spécifiques des enfants avec troubles des conduites car la plupart présentent aussi un TDAH.

Paramètres fonctionnels

Les anomalies fonctionnelles illustrent les processus physiologiques se déroulant « autrement » chez les enfants présentant des troubles des conduites. On suspecte intuitivement une cause biologique sous-jacente mais ces anomalies peuvent plutôt être la « conséquence » d'une mauvaise utilisation chronique ou aiguë d'une fonction, sur base de facteurs de risque psychosociaux. Dans ce sens, elles représentent clairement des "marqueurs" biologiques du trouble des conduites mais pas nécessairement une cause biologique. Il faut toutefois souligner que l'association entre facteurs physiologiques et

⁵ Le lobe cérébral frontal est le siège e.a. des fonctions d'exécution (fonctions exécutives) et donc également de l'inhibition du comportement impulsif, de l'anticipation de la récompense et de la punition et de la cognition sociale en général. Les liaisons fronto- limbiques sont importantes pour la régulation de l'affect. Le système limbique (amygdales et hippocampe) est crucial pour le traitement de l'information émotionnelle et le conditionnement de la peur.

comportement antisocial est précisément plus importante dans ces sous-groupes présentant moins de risques psychosociaux.

Anomalies révélées par imagerie fonctionnelle du cerveau

L'imagerie fonctionnelle reste, elle aussi, provisoirement limitée à quelques études pas toujours cohérentes chez les enfants et adolescents. Celles-ci montrent une sous-activation des parties frontales du cerveau et une réponse réduite ou accrue des parties « émotionnelles » du cerveau: les amygdales (Vloet et al., 2008).

Anomalies du neurotransmetteur

Les crises de colère peuvent être potentialisées par l'activation des récepteurs 5-HT2 et inhibées par l'activation des récepteurs 5-HT1 (Siegel et al., 2007). Le traitement utilise donc principalement la sérotonine mais également des médicaments dopaminergiques et GABA-ergiques. Des anomalies au niveau de la sérotonine ont été associées à différentes formes de comportement à risque, dont le comportement antisocial (Moore et al., 2002). L'activité dopaminergique semble plutôt être inversement corrélée au comportement agressif (Baker et al., 2006).

Anomalies fonctionnelles neuropsychologiques

Les troubles des conduites comportent des caractéristiques de moindre adéquation du comportement, moindre énergie et initiative, parfois désintégration du comportement complexe en formes élémentaires de comportement, moindre capacité de réflexion sur son propre comportement et apparition de persévérations (pensées et/ou agissements stéréotypés) (Pennington, 2002 ; Rutter, 1982). Ils vont souvent de pair avec des troubles de l'attention (à savoir attention partagée déficiente et sensibilité accrue à l'interférence), des formes de comportement désordonnées et d'une impulsivité accrue. Ils s'accompagnent parfois également d'une agitation/hyperactivité motrice, de troubles du sommeil, d'une instabilité émotionnelle et de troubles spécifiques des fonctions (p. ex. troubles de la mémoire) et de troubles d'apprentissage (Swanson et al., 2000). Des explosions affectives soudaines ou des troubles aigus de l'humeur (p.ex. accès de panique apparaissant soudain accompagné de réactions autonomo-végétatives sans motif situationnel clair) surviennent également (Ansink & Aldenkamp, 1993 ; Fletcher & Taylor, 1984 ; Rapin, 1982; Rutter, 1982;). A ce niveau surtout, le diagnostic est difficile, parce que certains troubles, tels que les réactions affectives ou les changements d'humeur, peuvent difficilement être isolés des troubles secondaires de la personnalité. Outre un test diagnostique, le diagnostic exige, souvent aussi une observation prolongée et systématique, de préférence par vidéosurveillance, afin de pouvoir analyser le comportement ultérieurement, indépendamment des réactions initiales au comportement. Il faut ensuite s'orienter vers d'éventuels facteurs sociaux covariants et notamment vers la personnalité qui peut non seulement influencer fortement l'expression du trouble, mais également masquer une étiologie organique telle qu'un trouble fonctionnel dans les structures fronto-limbiques mentionnées précédemment (Raine et al., 2000; Vloet et al., 2008) et les systèmes fronto-striataux (Miller & Cummings, 2007). On fait ici l'analyse de la mesure dans laquelle les troubles des conduites et de l'humeur apparaissent indépendamment de l'environnement et on recherche un phénotype cognitif spécifique.

Pour comprendre ces manifestations comportementales, il est important de distinguer différents composants des systèmes de contrôle du comportement (Demeter et al., 2008). Nous distinguons les fonctions cognitives exécutives, les fonctions de comportement d'autorégulation émotionnelle, les fonctions de motivation-régulation et les processus métacognitifs.

- **Les fonctions cognitives exécutives** (cortex latéral préfrontal) sont impliquées dans le contrôle et l'exécution (comme la planification, le management, la possibilité de modification de manière flexible, l'inhibition) de fonctions plus automatiques (Stuss, 2007). Pour ce faire, on utilise habituellement le *Wisconsin Card Sorting Test* (Stuss et al., 2000), le *Trail Making Test Part B* (Stuss et al., 2001) et les tâches de Fluidité verbale ou "Verbal Fluency" (Stuss et al., 1998; Troyer et al., 1998). Etant donné que les processus exécutifs participent à l'encodage et au rappel d'informations de la mémoire, on utilise aussi souvent les Tests de Mémoire verbale qui consistent à reproduire des listes de mots et de tâches faisant appel à la mémoire de travail (la mémorisation temporaire d'informations dans une zone tampon pour manipulation mentale) (Baddeley, 1986). Au niveau des fonctions d'attention, on utilise comme mesure généralement les tâches d'attention menées à bien (*Continuous Performance Tasks*), des tâches d'interférence (Interférence Mots-couleur Stroop) et divers paradigmes du temps de réaction (Stuss, 2007). Cependant, contrairement à ces tâches papier-crayon de 'laboratoire', il est préférable de mesurer les fonctions exécutives dans des situations fonctionnelles quotidiennes plus contrôlées (*naturalistic tasks*). Le *Multi-Level Action Test* (MLAT) représente dans ce contexte une bonne initiative (Schwartz et al., 1998).
- **Les fonctions de comportement d'autorégulation émotionnelle** (cortex ventral préfrontal) sont impliquées dans le traitement émotionnel de l'information provenant de l'environnement en ce comprises les associations stimulus-récompense. Le comportement autorégulateur est une plus-value en sus des fonctions exécutives (exécution cognitive et analyse) afin de déterminer les réponses comportementales les plus adaptatives dans une situation donnée.
- **Les fonctions de motivation et régulation** (cortex médian préfrontal) prennent une part importante dans la détermination de la motivation, de l'énergie et de la commande de notre comportement. Des troubles à ce niveau entraînent un comportement apathique et désintéressé, sans initiative. Le diagnostic des fonctions de comportement d'autorégulation émotionnelle et motivationnelle exige souvent, contrairement au test diagnostique, une observation prolongée et systématique, de préférence par vidéosurveillance afin de pouvoir analyser le comportement ultérieurement.
- **Les processus métacognitifs** veillent à l'intégration la plus élevée de l'information, raison pour laquelle ils occupent une place importante dans la mise en place de la conscience de soi, de la cognition sociale et de la personnalité.

La recherche neuropsychologique chez les enfants et les adolescents présentant des troubles des conduites s'est, jusqu'à présent, principalement axée sur des troubles exécutifs des tâches cognitives qui nécessitent un certain niveau de vigilance et une attention constante, des processus de recherche contrôlés et une inhibition motrice et cognitive (Aouizerate et al., 2004). On constate également des problèmes au niveau de la mémoire de travail, de la fluidité verbale et du fonctionnement linguistique entraînant des prestations scolaires plus faibles (Spreeen et al., 1995). Ces limites ont des répercussions sur le fonctionnement comportemental et ressortent aussi bien d'erreurs cognitives que de manques cognitifs. Il a ainsi été démontré que des enfants agressifs par exemple utilisent moins d'informations en provenance de leur environnement afin de médier leur comportement. En outre, des enfants agressifs sont plus attentifs aux signaux agressifs de leur environnement que les non-agressifs. Ils voient aussi plus vite des intentions hostiles dans le comportement des autres et se rappellent plus les signaux agressifs. Les enfants agressifs sous-estiment également leur propre agression et leur contribution à un conflit. Pour solutionner des situations (provocantes) difficiles ils apportent moins facilement des solutions non agressives. Ils ont tendance à choisir dans la plupart des situations des solutions rapides et axées sur l'action (Prins, 1997). En général, on peut dire que le groupe d'enfants et d'adolescents présentant des troubles des conduites se distingue des autres groupes psychopathologiques; en d'autres termes, les tests neuropsychologiques présentent

donc une certaine sensibilité sans toutefois que le profil des anomalies puisse encore indiquer clairement un profil spécifique (faible spécificité donc) permettant un diagnostic différentiel entre les troubles des conduites et les autres groupes psychopathologiques (Geurts et al., 2004; Kalff et al., 2002; Oosterlaan et al., 2005. Sergeant et al., 2002).

Les raisons de cette spécificité limitée d'un profil neuropsychologique ou comportemento-neurologique peuvent se situer au niveau du contenu ou être de nature méthodologique. Les troubles des fonctions exécutives aboutissent généralement à une variabilité accrue intrasubjective au niveau des prestations (Stuss et al., 1989; Stuss et al., 1994). Dans ce sens, une seule mesure à un moment bien déterminé n'est pas fiable pour mesurer des troubles exécutifs. Ceux-ci devraient en outre être mesurés de préférence dans des situations fonctionnelles plus quotidiennes contrôlées (*naturalistic tasks*) et non via des tâches papier-crayon de 'laboratoire' (Stuss, 2007). Les mesures neuropsychologiques les plus utilisées dans la recherche neuropsychologique chez les enfants et les adolescents présentant des troubles des conduites sont généralement des mesures axées sur les troubles exécutifs des tâches cognitives comme les fonctions d'attention, les fonctions exécutives, la mémoire de travail et la mémoire (Oliver et al., 2000). Ces fonctions sont toutes sensibles à différentes formes de dysfonctionnement cérébral et même psychosocial; de ce fait, la spécificité de ces mesures cliniques est en soi limitée (Pennington, 2002 ; Stuss et al., 2001) alors que les fonctions de comportement d'autorégulation émotionnelle et motivationnelle et les processus méta- et socio-cognitifs ne sont que rarement ou pas encore impliqués dans la recherche neuropsychologique. Sur le plan méthodologique, nous constatons que de nombreuses études ne sont pas parvenues à contrôler d'importantes variables comme la comparaison de groupes cliniquement homogènes, l'âge, le sexe, le fonctionnement intellectuel en comparaison de l'âge chronologique et mental, la comorbidité avec d'autres troubles (Swanson et al., 2000) entraînant souvent des inconsistances dans les constatations des recherches (Pennington, 2002). Dans la pratique clinique, nous rencontrons souvent des problèmes d'interprétation. Des expressions telles que « utilisez un test neuropsychologique » ou « le patient échoue aux tests neuropsychologiques, il/elle a donc un trouble neuropsychologique » se rencontrent fréquemment dans la pratique psychodiagnostique. On ne se rend alors généralement pas compte que le fait de considérer une série d'échecs à un certain nombre de mesures (observations, questionnaires, tâches de comportement et tests cognitifs) comme étant des « échecs neuropsychologiques » constitue déjà une interprétation alors que c'est le résultat d'une étude qui a démontré que l'impact d'autres conditions (e.a. psychosociales) est moins explicatif que les conditions organiques (Lafosse, 2008).

Une recherche plus poussée sur les relations entre troubles des conduites et systèmes spécifiques cérébraux de contrôle des conduites est nécessaire de toute urgence pour se faire une meilleure idée des cadres neuropsychologiques explicatifs sous-jacents qui se trouvent à la base des troubles des conduites.

Rythme cardiaque plus lent

La constatation biologique la plus cohérente chez les enfants et les adolescents présentant un comportement antisocial est un rythme cardiaque plus lent au repos (Ortiz & Raine 2004 ; Raine, 2002). Une série de facteurs modérateurs potentiels pour expliquer ce fait ont été exclus et la relation semble vraiment spécifique. Un rythme cardiaque lent est déterminé de manière héréditaire et peut donc constituer un des mécanismes génétiques dans la transmission transgénérationnelle d'un comportement antisocial. Ce rythme cardiaque ralenti peut être une conséquence d'un moindre tonus du système nerveux autonome (qui, à son tour, peut être la conséquence d'une fonction cérébrale noradrénergique diminuée). Le fait que le rythme cardiaque reste lent pourrait entraîner un sentiment d'angoisse moindre dans des situations de stress et une insensibilité relative pour les conséquences négatives du comportement. Selon cette hypothèse, les enfants ont, en raison de leur rythme cardiaque

lent, moins peur de lancer des « défis » et craignent moins les conséquences éventuelles de leur comportement (théorie *fearlessness*).

Une deuxième hypothèse part de la supposition que ce rythme cardiaque lent représente un statut physiologique désagréable qui entraîne l'individu à chercher des défis (*stimulation seeking theorie*). Un rythme cardiaque lent est caractéristique principalement du sous-groupe d'enfants et d'adolescents chez qui la criminalité persiste jusqu'à l'âge adulte (*life course persistent*). En présence principalement de facteurs de risque psychosociaux (problèmes relationnels parent/enfant, grossesse à l'adolescence, statut socio-économique bas, perte ou séparation d'un parent dans l'enfance) le risque est plus élevé de rencontrer des infractions violentes à l'âge adulte. D'autres mesures également concernant l'activité du système nerveux autonome (e.a. conduction cutanée) ont été constatées en dessous du niveau attendu chez des enfants présentant des troubles des conduites, mais pas toujours de manière aussi cohérente.

Système de réaction au stress

Outre un tonus moindre du système nerveux autonome, on constate également une moindre réactivité au stress (axe hypothalamo-hypophysaire-adrénergique - HPA) chez les enfants présentant des troubles des conduites. Ils semblent en effet produire moins d'hormone du stress (cortisol) en cas de stress (Popma et al., 2006 ; Snoek et al., 2004). Une faible teneur basale en cortisol est en effet également corrélée à la gravité des troubles des conduites, mais c'est surtout la plus faible production de cortisol en cas de stress, qui est prédictive par exemple d'un moindre effet d'un traitement psychothérapeutique (Van de Wiel et al., 2004). La réponse rapide au stress sous forme de libération d'adrénaline semble elle aussi diminuée chez les adolescents présentant des problèmes de comportement (McBurnett et al., 2005).

Testostérone

Chez les adultes, on retrouve une association entre des teneurs plus élevées en testostérone et l'agression, mais cette relation semble absente voire inverse chez les enfants. Ceci est peut-être dû à l'accumulation d'expériences d'échec des enfants présentant des troubles des conduites dont on sait qu'ils diminuent le taux de testostérone.

Combinaisons des facteurs de risque

Une multitude de combinaisons de facteurs de risques biosociaux a entre-temps été examinée et une série d'effets multiplicateurs ont été démontrés.

Facteurs perturbants possibles dans l'étude

C'est surtout la présence de TDAH dans un groupe important d'enfants présentant des troubles des conduites qui entraîne une déformation dans les études examinées. Certaines des associations décrites sont également caractéristiques d'enfants avec TDAH et ce facteur comorbide n'a pas été contrôlé dans de nombreuses études. Les anomalies dans les activités de l'axe HPA semblent effectivement indépendantes d'une association avec le TDAH.

Implications

Les paramètres biologiques ont une certaine valeur prédictive en ce qui concerne la gravité et la persistance des troubles des conduites. Plusieurs systèmes neurophysiologiques potentiels peuvent représenter cette hérédité. Les paramètres biologiques jouent également un rôle sur l'effet du traitement. En outre, ils peuvent constituer un point de départ direct pour le traitement. Dans l'étiologie des comportements antisociaux il faut dans tous les cas tenir

compte des facteurs de risques biologiques et psychosociaux et aussi de leurs interactions mutuelles.

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.

3.3 Facteurs psychologiques et parcours développementaux

3.3.1 Facteurs psychologiques

Les facteurs biogénétiques et biologiques acquis, en interaction avec des variables concernant l'environnement familial, scolaire, social et sociétal, se trouvent à la base du développement d'une personne. Les facteurs génétiques déterminent le tempérament d'un individu, à savoir le niveau d'éveil psychophysiologique, le degré d'inhibition et d'activation comportementale. Ceci peut influencer certains traits de sa personnalité, à savoir son degré d'émotivité, d'extraversion, d'activité, d'ouverture aux expériences et sa persévérance.

Outre les aspects biogénétiques, l'enfant est également exposé, dès avant sa naissance, à des conditions susceptibles d'influencer son fonctionnement psychophysiologique. Sous-alimentation, exposition à des substances toxiques et niveau d'activité de la mère influencent le rythme des processus corporels du bébé et son fonctionnement psychophysiologique. Les conditions environnementales auxquelles l'enfant est exposé dans sa prime enfance peuvent également influencer le système nerveux en développement.

Tout ceci joue déjà un rôle au moment où la relation interpersonnelle la plus importante avec une figure parentale doit encore être construite. Un processus d'attachement réciproque entre le bébé et la figure parentale se met en place dès avant la naissance. La complémentarité du besoin congénital du bébé de rechercher la proximité et la satisfaction de ses besoins et de celui du parent adulte, généralement la mère d'en prendre soin est à la base d'une collaboration entre les deux. La personne qui le soigne reconnaît les besoins du bébé et tente d'y répondre le mieux possible. Le bébé ressent la satisfaction de ses besoins et une première forme de contingence ou convergence de phénomènes internes et externes. Un sentiment de contrôle, de sécurité s'installe. La relation d'attachement précoce, qui dans des conditions idéales constitue un attachement sûr, offre un modèle pour savoir ultérieurement comment entrer en relation avec d'autres.

Les facteurs biogénétiques et biologiques acquis 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. Lorsqu'il s'agit d'un enfant qui rencontre des problèmes de développement ou présente des troubles des conduites, il existe différents processus psychologiques où l'enfant fonctionne différemment des autres enfants de son âge ne présentant pas ce trouble.

Les enfants peuvent présenter d'importantes différences entre eux en ce qui concerne leur capacité à réguler leurs émotions et à supporter les frustrations. Les enfants présentant un trouble des conduites rencontrent généralement plus de difficultés. Ils sont également plus habitués à obtenir une confirmation immédiate positive ou des expériences gratifiantes.

Sur le plan sociocognitif, on parle souvent, en cas de trouble des conduites, de tendance à interpréter le comportement des autres comme négatif et provocant, avec pour conséquence une réaction négative et un risque accru de comportement agressif. Les enfants présentant ce trouble considèrent les situations sociales plus rapidement comme conflictuelles et sont moins à même de donner différentes interprétations à une situation sociale. Ils voient plus vite un problème et disposent de moyens moins variés pour résoudre le problème.

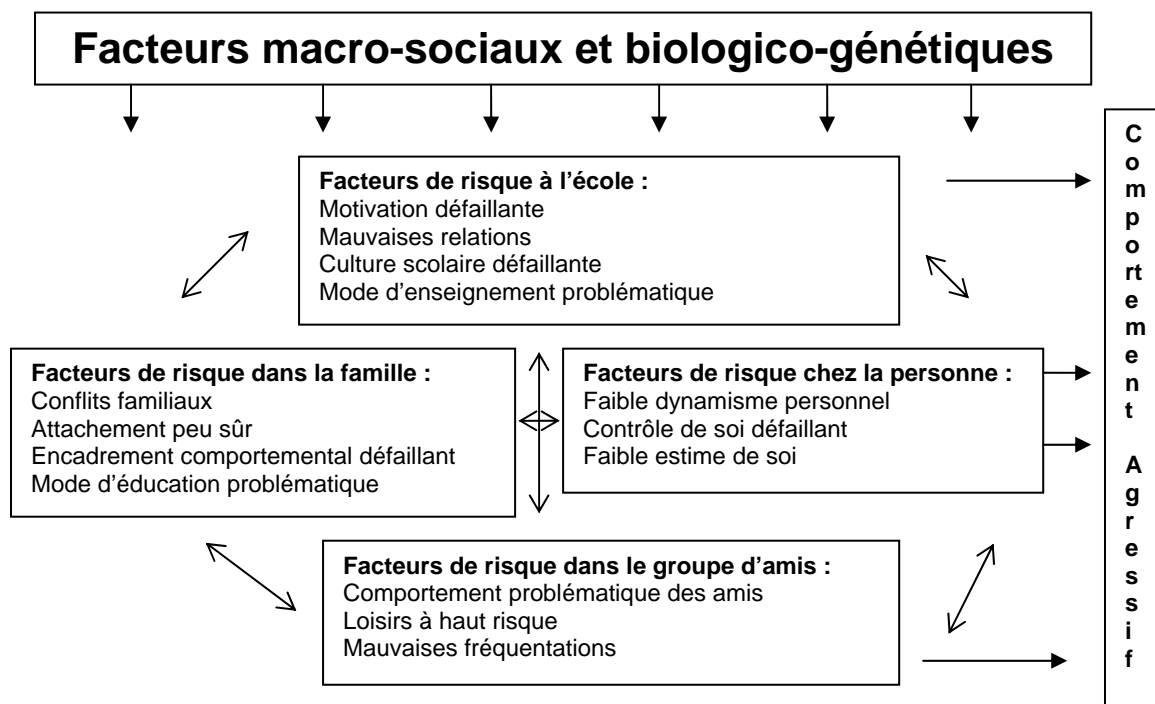
Les enfants diffèrent entre eux au niveau de leur capacité à se faire une opinion du monde psychologique intérieur des autres. Cette *Theory of mind* qui est également associée à la capacité de comprendre les sentiments, souhaits et pensées des autres et d'en tenir compte est aussi liée à la capacité de vie et d'empathie. Un certain nombre d'enfants présentant un trouble des conduites font preuve de moins d'empathie.

Sur base de ses expériences, un enfant se forge une image de lui-même. Des expériences positives dans une relation d'attachement sûre donnent une image de soi positive et réaliste et rendent plus vraisemblable la construction d'une identité stable dans le contexte social.

Tous ces processus psychologiques importants sont influencés, dès avant la naissance, par des variables environnementales liées à la figure du parent, aux autres membres de la famille, à la famille au sens plus large dans laquelle elle vit, au voisinage, à la société.

Ces variables environnementales à différents niveaux interagissent avec les processus biologiques et psychologiques et peuvent 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 et une analyse individuelle pour chaque enfant est nécessaire afin de lui offrir l'aide adéquate.

Schéma 1 : Modèle social-écologique de l'agressivité (Scholte, 1991)



3.3.2 Trajectoires développementales

Une définition opérationnelle d'un trouble et la compréhension de son développement sont nécessaires pour pouvoir cerner au mieux les facteurs de risque et de protection qui contribuent à son installation et à son évolution.

Un certain nombre d'études ont examiné la trajectoire développementale du trouble des conduites depuis la petite enfance. La plupart de ces études ont travaillé avec des enfants présentant des troubles dits externalisés, caractérisés par de l'agitation, de l'agressivité, de l'impulsivité, de la désobéissance, de l'opposition, ou encore de la provocation (Bongers et al., 2004 ; Kingston & Prior, 1995 ; Owens & Shaw, 2003 ; Shaw et al., 2005).

Ces études ont conduit à plusieurs conclusions importantes.

1. Les comportements externalisés changent en fréquence et en expression à travers le temps d'où la nécessité de conduire des études développementales sur le long terme.
2. Le trouble des conduites et les symptômes externalisés qui lui sont associés requièrent une approche développementale dans la mesure où seule la perspective longitudinale permet de comprendre comment des comportements précoces peuvent persister (ou non) dans le temps et être identifiés comme de potentiels indicateurs de risque *versus* de résilience à plus long terme.
3. **Les comportements externalisés décroissent en moyenne graduellement de l'âge de 2 à 6, de 6 à 10 et de 10 à 18 ans.**
4. Les comportements externalisés évalués chez des enfants fréquentant l'école maternelle sont hautement prédictifs des comportements-problèmes un ou deux ans plus tard, mais seulement modérément voir faiblement prédictifs des comportements-problèmes sur de plus longues périodes de temps. Si les prédictions faites sur le long terme à partir de comportements précoces ne sont que partiellement valides, c'est que la définition de la « normalité » chez l'enfant en bas âge reste une notion difficile. En effet, qu'est-ce qu'un degré d'agitation normal chez le jeune enfant ? Qu'est-ce qu'une fréquence acceptable de comportements agressifs ? Cette définition de la « normalité » se trouve fortement ancrée dans les valeurs culturelles et individuelles (en particulier celles de l'évaluateur lui-même qu'il soit parent ou professionnel) et dans le contexte historique.
5. En termes de fréquences rapportées dans les diverses études longitudinales, **la moitié des enfants présentant des troubles des conduites externalisés en période d'école maternelle, conserveraient des troubles des conduites en âge scolaire tandis que l'autre moitié se normaliserait.** Les troubles des conduites ou les troubles d'hyperactivité avec troubles attentionnels diminuent en moyenne chez ces enfants à mesure qu'ils grandissent. Dans les deux cas, un groupe d'enfant conserve un niveau élevé de difficultés comportementales correspondant à 6,7% dans le cas des troubles des conduites et à 20% dans le cas des troubles de type hyperactivité (Shaw et al., 2005).
6. Une autre conclusion importante de ce type d'étude est que **l'évolution plus défavorable de certains enfants (environ 50%) ne mène pas *ipso facto* à des conduites antisociales ou délinquantes à l'adolescence et à l'âge adulte.** En effet, plus fréquemment, ces enfants présentent des difficultés d'apprentissage scolaire, une faible estime de soi ou des symptômes dépressifs.

Parmi les troubles dits externalisés, l'agressivité physique est sans doute le comportement qui a été le plus étudié dans la mesure où il s'agit d'un comportement dit universel et qu'il est relativement aisé à observer (ce qui est moins le cas par exemple pour l'agressivité de type relationnel). Des courbes développementales issues de diverses études ont permis de démontrer que l'agressivité physique constitue un comportement fréquent et relativement normatif chez les jeunes enfants jusqu'à l'âge approximatif de 4 ans. Ensuite, comme pour l'ensemble des troubles externalisés, la fréquence des actes agressifs diminue graduellement en moyenne jusqu'à l'âge adulte. Les enfants apprennent progressivement à interagir selon des modalités socialement plus désirables, dans le cadre des pratiques de socialisation de l'environnement. Certaines études rapportent une nouvelle hausse de la fréquence des actes agressifs au moment de l'adolescence, mais qui décroît à nouveau en moyenne après 15 ans (Tremblay et al., 2005).

Ces courbes de développement ont été estimées à partir d'échantillons représentatifs ; elles illustrent la tendance moyenne des individus constituant ces échantillons. Ces tendances moyennes ne doivent pas occulter le fait que des sous-groupes d'individus puissent suivre des trajectoires développementales particulières ou atypiques. Ainsi, Kingston et Prior (1995) ont montré que **les enfants pouvaient être répartis en quatre groupes : ceux démontrant une agressivité persistant de manière stable dans le temps, ceux dont l'agressivité est transitoire et diminue en fréquence dans le temps, ceux dont l'agressivité apparaît plus tardivement (soit après l'âge de 5 ans) et ceux ne présentant pas d'agressivité. Parmi ces groupes, seule l'agressivité stable dans le temps pouvait être prédite et expliquée par les variables familiales introduites dans l'étude.** Ces résultats rejoignent également ceux de Shaw et al. (2005) : lorsque les troubles des conduites devenaient chroniques, l'influence de facteurs de risque chez l'enfant et dans son environnement familial pouvait être démontrée.

Dans d'autres recherches portant sur les conséquences des troubles des conduites et adoptant une perspective intergénérationnelle, les personnes présentant ce type de trouble ont été décrites comme ayant d'importants problèmes d'adaptation dans leurs relations intimes, sociales ou professionnelles (Zoccolillo et al., 1992). De manière spécifique, les hommes ont un risque accru de mourir avant 30 ans (Kratzer & Hodgins, 1997) alors que les femmes risquent quant à elles d'avoir des difficultés majeures tant au niveau conjugal, familial ou professionnel que de santé physique ou mentale (Pajer et al., 2006). De plus, ces mauvaises adaptations qui se marquent donc aussi à l'âge adulte interfèrent dans leur propre vie familiale et perpétuent des comportements antisociaux d'une génération à l'autre (Clément & Bouchard, 2003 ; Farrington et al., 1998 ; Huesmann et al., 1984; Smith & Farrington, 2004). **Au contraire, certains adultes pourtant considérés « à risque » suivent une trajectoire plus optimiste s'ils jouissent de soutien social et familial d'adultes aux comportements sociaux adaptés et s'ils ont un emploi régulier** (Pajer et al., 2006).

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. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'émergence et la persistance de troubles externalisés ne constituent jamais une problématique simple. Plusieurs facteurs sont généralement à l'œuvre. Ces facteurs sont le fruit d'interactions subtiles entre les caractéristiques propres de l'enfant (cognition, tempérament, langage, etc.) et celles de l'environnement dans lequel il se développe (pratiques parentales, fratrie, santé mentale des parents, contextes socio-économique et socioculturel, etc.) (voir par exemple Smeekens et al., 2007). Les études existant dans ce domaine démontrent que plusieurs facteurs additionnent leurs effets et interagissent les uns avec les autres pour expliquer l'émergence et la persistance de troubles des conduites (Rubin et al., 2003). De plus, ces études suggèrent que le rôle prédictif d'un facteur pourrait être amplifié *ou au contraire* amoindri par la présence d'un ou plusieurs autres facteurs (Muris & Ollendick, 2005; Smeekens et al., 2007). Ainsi des enfants présentant d'importantes prédispositions à se comporter de manière inappropriée pourraient adopter des conduites antisociales dans un environnement familial renforçant ces prédispositions. A l'inverse, ces mêmes enfants pourraient bénéficier du rôle protecteur de l'environnement en vue d'une meilleure socialisation. Ces phénomènes interactifs et longitudinaux ont été récemment désignés sous le nom de « **cascades développementales** » (Masten et al., 2005). **Ces cascades indiquent comment des variables appartenant à un domaine de développement peuvent avoir des influences ultérieures sur un autre domaine de développement.** De telles cascades ont été mises en évidence par Masten reliant troubles externalisés et performances scolaires (Masten et al., 2005). Tout récemment, dans le cadre du programme de recherche **H2M (Hard-t(w)o-Manage Children)** - cfr. infra) des cascades de développement ont aussi été mises en évidence auprès d'enfants âgés de 3 à 7 ans en Communauté Française de Belgique par Roskam, Meunier, Stievenart et van de Moortele (sous presse). Elles ont montré comment des enfants de 3 à 5 ans prédisposés 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.

3.3.3 Etudes longitudinales

De manière générale, deux limites importantes peuvent cependant être mises en évidence à propos des recherches longitudinales. La plupart ont été conduites auprès d'enfants d'âge scolaire, au-delà de six ans. De plus, ces recherches ont souvent été cloisonnées selon leurs fondements théoriques: les études neuropsychologiques, les études dans le domaine de l'éducation familiale, les études portant sur les facteurs affectifs et relationnels. Elles ne permettent pas d'envisager les possibles interactions entre ces différents facteurs explicatifs ni d'en évaluer l'importance relative.

Par ailleurs, deux limites importantes peuvent également être mises en évidence en ce qui concerne les consultations proposées par les professionnels aux enfants et à leur famille. La première est qu'il n'existe que peu d'instruments d'évaluation qu'il soit possible d'utiliser chez l'enfant en bas âge dans le but de comprendre ces troubles des conduites. La seconde est que les réponses thérapeutiques qui peuvent être proposées sont à ce jour peu diversifiées et peu spécifiques.

L'état actuel des connaissances doit cependant encourager les professionnels concernés par la problématique des troubles des conduites chez le jeune enfant à leur porter une attention toute particulière.

Des professionnels cliniciens, en collaboration avec une équipe de chercheurs scientifiques, ont voulu combler ces limites tant sur le plan théorique que sur le plan du diagnostic et des interventions. Ils ont tenté de proposer des réponses thérapeutiques appropriées aux jeunes enfants et à leurs parents par la mise en place d'un programme de recherche ambitieux.

Deux questions principales ont été dégagées dès l'année 2004.

1/ Est-il possible d'évaluer les troubles des conduites chez le jeune enfant dès l'âge de trois ans ?

2/ Quels sont les facteurs relevant des caractéristiques propres de l'enfant et des caractéristiques de l'environnement dans lequel il se développe, susceptibles d'expliquer, dans une approche décloisonnée et multidisciplinaire, l'émergence et la perdurance de ces troubles chez le jeune enfant ?

Pour tenter de répondre à ces deux questions essentielles, l'équipe de recherche a mis au point le programme de recherche « H2M Children » en Communauté Française de Belgique (<http://www.uclouvain.be/h2m-children.html>).

Ce programme s'intéresse au diagnostic précoce des troubles des conduites tels que l'agitation, le manque d'obéissance, les colères, l'impulsivité et l'agressivité chez les jeunes enfants. Par une approche multidisciplinaire alliant la psychologie du langage, la neuropsychologie, la psychologie de l'éducation et la psychologie clinique, il tente de déterminer quelles sont les causes de ces troubles des conduites. Enfin, il pose la question de l'aide précoce à apporter à ces enfants, à leur famille et aux enseignants.

Ce programme consiste en une recherche de type clinique. Il se fonde sur une problématique rencontrée par les cliniciens : la fréquence des consultations motivées par les troubles des conduites chez le jeune enfant. De très nombreux parents consultent en effet leur médecin traitant, les pédiatres, pédopsychiatres ou neuropédiatres parce qu'ils font face à des difficultés d'agitation, de désobéissance, d'opposition, de provocation, d'agressivité

chez leur enfant en bas âge, soit bien avant l'âge de six ans. Le choix des parents de consulter un professionnel est souvent l'aboutissement d'une longue quête de solutions. Souvent encouragés par les enseignants au contact de l'enfant, les parents interrogent les professionnels sur un possible diagnostic et de possibles facteurs explicatifs.

Dès 2005, 130 enfants âgés de 3 et de 4 ans issus de consultations médicales dont la plainte portait essentiellement sur la présence de troubles de comportement (agitation, désobéissance, opposition, provocation, agressivité) ont été enrôlés dans ce programme de recherche. Ils ont bénéficié à partir de leur enrôlement d'une évaluation standardisée par une équipe multidisciplinaire tous les six mois pendant trois années consécutives. Un groupe d'enfants témoin a par ailleurs été constitué grâce à la collaboration enthousiaste de plusieurs écoles maternelles de la Communauté Française. Quelques 500 enfants sans difficulté de comportement ont permis de constituer des normes afin d'étalonner les instruments de mesure mis au point par l'équipe de recherche. Parmi eux, 250 enfants ont été évalués une fois par an pendant trois années consécutives, selon la même procédure standardisée que le groupe d'enfants présentant des troubles des conduites. Ces évaluations auprès d'enfants tout-venant permettent de conduire des études comparatives.

Cette étude évalue en effet au temps 1 des enfants de 2 ans qui présentent des troubles externalisés (évoquant un trouble des conduites, un TDAH ou un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et au temps 2 ces mêmes enfants à l'âge de 6 ou 12 ans. Une telle étude permet d'évaluer la prévalence (au temps 1), l'apparition ou l'incidence (au temps 2) et la trajectoire développementale (T2-T1) de ce trouble ainsi que ses différents symptômes (agressions physiques, destructions de biens, violations graves des règles, etc.) ou troubles associés (TDAH, TOP, troubles de l'humeur, troubles anxieux, abus de substances, etc.) en intégrant des facteurs bio-psycho-sociodémographiques (âge, sexe, environnement familial, type de personnalité, etc.).

Ce programme de recherche a pu se développer grâce à de nombreuses collaborations entre cliniciens, étudiants et chercheurs en Belgique et sur un plan international.

3.3.4 Recommandations pour la recherche sur l'installation et l'évolution des troubles des conduites

Au vu de ce constat de la trajectoire développementale du trouble des conduites, certaines recommandations peuvent être dégagées :

Des études rétrospectives peuvent être faites pour préciser certains aspects encore inconnus de cette trajectoire et afin de mieux cerner l'évolution et surtout les répercussions des symptômes du trouble des conduites sur l'adaptation sociale, et la délinquance en particulier. Celles-ci doivent être faites avec l'ensemble de la population des jeunes délinquants enfermés en Belgique pour des causes de comportements délictueux liés à la symptomatologie du trouble ainsi que les troubles qui lui sont associés.

Ces études comportent cependant des biais importants, même si elles ont une meilleure faisabilité que les études prospectives. En effet, par le mode de recrutement de l'échantillon (dans des centres de consultation ou des services de placement) et la méthodologie elle-même, elles ne fournissent des informations que sur les individus dont la trajectoire aboutit à des conduites antisociales. Elles ignorent par contre l'ensemble des individus dits résilients, c'est-à-dire ceux ayant manifesté des difficultés de comportement en bas âge, ayant rencontré des difficultés environnementales particulières, mais ne présentant plus de difficultés significatives à l'adolescence. Ces études rétrospectives peuvent donc conduire à des conclusions erronées concernant les trajectoires développementales des troubles des conduites.

Les études prospectives ne comportent quant à elles pas ces biais. C'est le cas de l'étude *H2M Children*, en cours actuellement à la faculté de psychologie de l'Université Catholique de Louvain en collaboration avec les cliniques universitaires Saint- Luc à Bruxelles.

Par ailleurs, il serait pertinent de recueillir des informations concernant les différentes stratégies d'intervention que les acteurs de terrain mettent en place pour le suivi de ces enfants et adolescents afin d'évaluer à posteriori lesquelles sont les plus efficaces.

3.4 Aspects environnementaux

3.4.1 Environnement familial

La famille dans laquelle l'enfant grandit reste le contexte le plus important de son développement physique, psychologique et social. Les familles qui fonctionnent bien peuvent promouvoir le développement et rendre l'enfant résilient. Un certain nombre d'études se sont concentrées sur cette résilience et décrivent les facteurs qui augmentent la résilience d'un enfant et diminuent le risque de développement de troubles.

D'une façon générale, la première phase de développement de l'enfant est marquée par le développement d'un attachement aux figures des adultes qui s'en occupent et par la stabilité de ce lien dans le temps, la capacité de ces adultes à répondre aux besoins des enfants : être attentif et régulier dans les interactions avec eux, s'adapter à leurs besoins, les entendre, anticiper ses besoins, avoir aussi avec lui une interaction de type ludique faite de répétitions et de surprise, rechercher une interaction visuelle avec lui. **Toutes ces caractéristiques conduisent le plus souvent au développement d'un lien d'attachement de type sécurisé** (Bowlby, 1969, 1979, 1983, 1988 ; Stern, 1985, 1995; Trevarthen, 1980, 1993 ;).

Le développement d'un attachement sécurisé a des conséquences essentielles pour le développement du bébé car il acquiert grâce à cela un certain nombre de compétences :

- la capacité d'explorer l'environnement ;
- la recherche active de l'interaction avec l'autre ;
- la capacité à gérer ses émotions ;
- la capacité à maintenir une interaction visuelle ;
- la diminution des comportements agressifs.

Ainsi un attachement sécurisé permet à l'enfant de se socialiser, d'aller vers les autres pairs et les autres adultes dans un a priori de confiance en soi et en l'autre. C'est qu'il a acquis un modèle interne relationnel de sécurité interne qui le rend disponible aux autres, à son propre développement et à la socialisation (Bowlby, 2004; Cozolino, 2006; Fonagy, 2002; Main, 1990, 1992; Sroufe, 1996; Schore, 2003).

En raison des contingences de la vie, du tempérament du bébé ou de la situation familiale plusieurs types d'attachement peuvent apparaître :

- **un attachement sécurisé**, comme décrit plus haut ;
- **un attachement insécurisé-ambivalent** où en quelque sorte l'enfant reste anxieux dans sa relation à l'adulte, il lui reste accroché demandeur de relation sans pouvoir exprimer ce qu'il attend précisément.
- **un attachement insécurisé-évitant** : l'enfant recherche l'autonomie, prend distance à un âge où il est incapable de trouver les bonnes ressources. Il est ainsi en risque dans son propre développement, par l'évitement qu'il fait de l'attachement minimum.

Lorsqu'il existe une forte difficulté dans l'établissement de ce lien d'attachement, on peut voir apparaître un attachement chaotique. Ceci signifie qu'en présence d'attachement possible, l'enfant tend à perdre ses compétences développementales, il se désorganise et est incapable de poursuivre son développement personnel et social.

Les formes d'attachement insécurisés et chaotique peuvent expliquer des difficultés précoces de développement même si dans le décours de la vie l'enfant peut trouver d'autres ressources que celles de ses objets d'attachement les plus précoces : on parle alors de résilience, concept particulièrement bien documentée par Cyrulnik (1999, 2001).

L'existence de ces troubles précoces de l'attachement explique la distinction qui doit être faite sur le plan clinique entre troubles des conduites mal socialisées et ceux qui se produisent chez des enfants bien socialisés (Barkley, 2003 ; Dumas, 2007).

Dans le cas des troubles mal socialisés, on voit que les enfants et adolescents présentant des troubles des conduites ont depuis longtemps des troubles de socialisation et des troubles d'attachement. Le trouble des conduites est associé à d'autres troubles dont il se distingue mal : anxiété, troubles de l'humeur, des apprentissages scolaires, abus de drogues, troubles alimentaires (tel l'anorexie), hyperactivité, troubles de l'attention, etc. C'est à ce groupe à risque que devraient être adressées nos tentatives de prévention et de traitement précoce.

Dans le deuxième des cas, la socialisation de l'enfant, semblant se faire normalement, ce n'est qu'au moment où il y a une réactivation de la problématique de l'attachement, par exemple à l'adolescence, que divers signes psychopathologiques apparaissent. Ici toute forme de prévention précoce est beaucoup plus difficile.

3.4.1.1 Facteurs de protection

Les recherches montrent de manière consistante que les parents⁶ ont une influence puissante en favorisant un développement sain et en prévenant des évolutions négatives de leur enfant y compris quand celui-ci devient un adolescent. **Ce qui émerge des données de la recherche sont cinq composantes du rôle parental qui assurent un développement optimum du préadolescent et de l'adolescent et qui diffèrent, par rapport aux enfants plus jeunes, surtout dans la manière d'exercer ce rôle (Simpson & Rae, 2001).** Il convient de souligner que c'est la combinaison de ces cinq composantes qui est efficiente plus que chacune des parties prises séparément.

1. **Offrir de l'amour et du lien** : les adolescents comme les enfants ont besoin de se sentir soutenus, encouragés, acceptés au sein d'une relation chaleureuse avec leurs parents. Le challenge pour les parents est de maintenir et renégocier la relation avec un(e) adolescent(e) qui a besoin d'affirmer et de développer sa propre personnalité et des espaces de vie privés.
2. **Superviser et observer** : particulièrement à l'adolescence, les parents doivent être attentifs et au courant des diverses activités de leur enfant (école, loisirs, amis, etc.) dans un processus qui implique de moins en moins de contrôle direct et de plus en plus d'observation et de communication avec les autres adultes présents dans la vie de l'enfant ou de l'adolescent.
3. **Exercer une guidance** qui inclut la négociation et la pose de limites : les parents doivent maintenir des frontières claires et évolutives qui maintiennent les règles et les

⁶ « parents » étant toute personne ayant un rôle parental : parents biologiques mais aussi adoptifs, d'accueil, beaux-parents, grands-parents.

valeurs familiales tout en encourageant le développement de nouvelles compétences.

4. **Servir de modèle et conseiller** : les adolescents ont besoin que leurs parents leur fournissent de l'information, des conseils et du soutien concernant les prises de décisions et les questions importantes. Ceci va permettre une meilleure compréhension du monde extérieur et une insertion adéquate dans celui-ci, dans un processus de dialogue où les parents expriment leurs positions et servent de modèle, de référence.
5. **Fournir à ses enfants, en s'impliquant dans la communauté de vie, un environnement extra-familial soutenant qui leur permettra de développer leurs compétences.**

3.4.1.2 Facteurs de risques

Le rôle de la famille dans l'étiologie des troubles des conduites a donné lieu à de nombreuses études, mais l'interprétation des données est rarement simple. Les nombreux facteurs de risques associés à la famille sont pour la plupart corrélés et donc rarement « purs » et les enfants agressifs qui manifestent des difficultés précoces viennent souvent de familles à difficultés multiples, et donc de situations dans lesquelles causes et effets sont souvent très difficiles à établir. De nombreux travaux viennent étayer une observation clinique très fréquente, à savoir que le trouble des conduites à début précoce se manifeste d'abord dans la famille, habituellement de manière progressive sur une période de plusieurs mois, même d'années (Dumas, 2007).

Un nombre important d'études cliniques et développementales indique en outre que, pendant l'enfance, les manifestations persistantes d'opposition et d'agressivité reflètent autant un contexte relationnel perturbé avec l'entourage, les parents en particulier, que des problèmes individuels de comportement observables dans diverses situations (Dumas, 2007).

Facteurs individuels chez les parents

Plusieurs études ont permis d'évaluer l'influence de certains troubles parentaux (INSERM, 2005).

1. **L'existence d'une personnalité antisociale chez l'un des parents.**
2. **L'alcoolodépendance ou autre toxicodépendance.** Les enfants dont les pères avaient à la fois une dépendance en particulier à l'alcool, et une personnalité antisociale présentaient un risque élevé de trouble des conduites et de TDHA.
3. **Les effets de la dépression maternelle** sur le développement de l'enfant sont bien mis en évidence, mais leur ampleur sur le trouble des conduites est encore discutée. Cependant, on peut comprendre que les perturbations des relations entre la mère déprimée et son bébé puissent avoir à long terme des conséquences négatives sur les capacités de l'enfant à réguler son attention et ses émotions. Les enfants de mères déprimées en période post-partum constitueraient un groupe spécifiquement à risque.
4. S'il ne s'agit bien sûr pas d'un trouble en soi, **les garçons dont les mères ont eu une grossesse très précoce et qui présentent un faible niveau d'éducation** ont un risque particulièrement élevé de développer un trouble des conduites avec manifestations agressives.

Facteurs familiaux

Le contexte relationnel perturbé qui caractérise les premières années des enfants ayant une probabilité élevée de développer un trouble des conduites se manifeste au travers des facteurs de risques suivants :

1. **Un lien d'attachement de type insécurisé (voir plus haut), ou plus grave encore, un attachement chaotique entre l'enfant et ses deux parents** (INSERM, 2005). Pendant la petite enfance, Dumas (Dumas, 2007) parle de stress relationnel auquel la mère et l'enfant contribuent activement et qui distingue les familles d'enfants avec et sans problèmes majeurs de comportement. Par ailleurs, la dimension du lien d'attachement reste fondamentale à l'adolescence, période de questionnement et de renégociation des liens familiaux (Simpson & Rae, 2001). La relation mère-enfant est la relation qui a été la plus étudiée bien qu'elle ne soit assurément pas la seule à jouer un rôle dans le développement d'un trouble des conduites. La fonction paternelle a un rôle davantage régulateur par rapport à la fonction maternelle qui est plus protectrice. Bien qu'il y ait moins d'études sur le sujet, l'impact du père est un facteur très important. Au-delà de la relation père-fils gravement affectée, l'impact d'un père souffrant d'assuétude et présentant un trouble des conduites (voir facteurs de risques individuels) sur la relation mère-enfant ne peut être ignoré.
2. **L'existence d'une communication perturbée, se caractérise par :**
 - des échanges réciproques, non seulement de nature coercitive et punitive, mais dans lesquels les activités et les expressions positives et affectueuses sont peu fréquentes (Dumas, 2007) ;
 - des comportements agressifs utilisés et renforcés comme mode de communication privilégié par l'enfant ou l'adolescent et son entourage, lorsqu'ils n'ont que peu d'autres moyens d'entrer en relation (Dumas, 2007);
 - un pattern d'interactions conjugales dit « d'hostilité réciproque » où les deux conjoints manifestent de manière permanente un haut degré de colère et d'hostilité (Dumas, 2007).
3. **Une discipline parentale à la fois punitive et inconsistante** qui dans les familles particulièrement stressées reflète souvent l'humeur du parent davantage que le comportement de l'enfant, avec un manque de surveillance et de vigilance dans les activités de l'enfant en dehors de la maison (INSERM, 2005; Dumas, 2007). Cependant, si ces difficultés de discipline sont bien établies, elles se développent plus souvent dans des familles défavorisées, ou lorsque l'enfant a un tempérament difficile et/ou est hyperactif ou particulièrement désobéissant ou lorsque la mère est déprimée (Dumas, 2007).
4. **Les mauvais traitements** : les données disponibles indiquent que les enfants qui font l'objet de sévices physiques et d'autres mauvais traitements ont une probabilité plus élevée de développer des troubles des conduites que des enfants contrôlés, et que ce lien ne peut être expliqué par d'autres variables (Dumas, 2007). Il faut noter que les enfants dont l'attachement est chaotique dans la petite enfance ont souvent subi violences et abus sexuels (INSERM, 2005).
5. **Un manque d'opportunités et d'encouragement nécessaires** au développement d'un ensemble de compétences sociales, affectives et instrumentales (Dumas, 2007).

6. **Un contexte d'isolement social et de précarité:** des études montrent que la qualité des pratiques parentales de mères d'enfants agressifs (observation directe au domicile) est liée à la qualité de leur soutien social extrafamilial pendant les 24 heures qui précèdent une observation (Dumas, 2007). D'autres études montrent que ce manque de soutien est particulièrement critique dans les situations de précarité sociale (Dumas, 2007). Ceci explique le fait qu'un plus grand nombre de foyers monoparentaux sont proportionnellement à risques. Il convient de remarquer que la précarité sociale conduit souvent les familles à vivre dans des environnements eux-mêmes à risques : bandes de jeunes délinquants dans le voisinage et/ou fréquentant les écoles environnantes.
7. **La présence d'un frère ou d'une sœur** (surtout plus âgés) **avec un trouble des conduites** surtout dans un milieu défavorisé (INSERM, 2005).

Remarques complémentaires

1) Une première remarque concerne le fait que de nombreux auteurs ont attiré l'attention sur le lien existant entre l'éclatement de la structure familiale et l'apparition ultérieure de comportements agressifs, troubles des conduites et délinquance. **Toutefois, les études longitudinales montrent que ce risque est repérable bien avant la séparation effective des parents et semble davantage en relation avec les conflits parentaux préalables à leur séparation qu'avec le divorce lui-même.** Ainsi l'impact à long terme du divorce sur les troubles serait davantage lié à la discorde conjugale qu'à la séparation en elle-même. Les conflits entre les parents perturbent les capacités de régulation émotionnelle chez l'enfant et en conséquence, empêchent l'apprentissage du contrôle des comportements d'agression. En présence de troubles de la personnalité antisociale, de toxicomanie chez un parent ou encore de violences conjugales, la séparation des parents peut aussi parfois protéger l'enfant (INSERM, 2005). Mieux est géré de façon consensuelle un divorce, moins il y aura d'impact négatif chez l'enfant.

2) Une deuxième remarque concerne le fait que ces facteurs de risques se combinent et s'influencent réciproquement. Par exemple, vivre avec un père qui présente une personnalité antisociale et un problème d'alcoolisme peut augmenter le stress familial, augmenter un état dépressif chez la mère, rendre l'enfant plus difficile à éduquer, surtout s'il présente déjà un tempérament difficile, accentuer une discipline inconsistante, augmenter le niveau de conflits dans la famille et mettre à mal les liens d'attachement entre l'enfant et ses parents. Tout ceci peut encore renforcer l'alcoolisme du père. Dans la perspective qui ressort clairement des données disponibles aujourd'hui, « **les enfants agressifs et leur famille sont à la fois les victimes et les architectes de leur environnement coercitif et perturbé** » (Dumas, 2007).

3) Une troisième remarque concerne le fait que les facteurs de protection, eux aussi, se combinent et s'influencent réciproquement pour amoindrir l'impact des facteurs de risques. Il convient donc de veiller à renforcer ces facteurs de protection et ne pas se centrer uniquement sur les facteurs de risque.

4) Enfin, on peut noter, comme signalé à plusieurs reprises supra, que la présence de facteurs de risque et de protection au niveau familial est en partie liée aux conditions socio-économiques dans lesquelles se trouve la famille (Felner et al., 1995).

3.4.2 Environnement économique

Beaucoup de cliniciens ont pu noter que les facteurs socio-économiques étaient des facteurs corrélés au développement des troubles des conduites, de l'hyperactivité et de toute une série de manifestations psychopathologiques chez l'enfant.

Mais il faut bien dire que, jusqu'à présent, ces concepts sont restés relativement vagues et, si on a pu noter des corrélations intéressantes entre certaines de ces variables et le développement de la pathologie, le lien entre des variables économiques et le développement de la psychopathologie reste extrêmement incertain.

Les recherches sont extrêmement difficiles à mener car les variables en cause sont nombreuses, puisque se croisent des données économiques et sociales et des données strictement personnelles liées à la trajectoire de vie de toute personne.

De plus il est souvent tentant de chercher une explication linéaire au trouble des conduites observé. Ceci conduit à se focaliser surtout sur des styles éducationnels de la part des parents, sur des facteurs constitutionnels de l'enfant (facteurs biologiques, génétiques), ou encore sur son passé et sa tendre enfance, comme étiologie fondamentale des troubles des conduites ultérieurs. De ce fait les facteurs qui jouent un rôle actuellement, comme les conflits actuels et l'environnement écologique, sont souvent oubliés. En dépit du fait que tous les intervenants sont convaincus que les troubles des conduites d'un enfant ont une origine bio-psycho-sociale, trop peu d'attention est encore accordée à la dimension sociale. Ceci est une conséquence directe du fait que ce domaine de recherche est particulièrement complexe et qu'on ne dispose pas encore d'instruments de recherche adéquats pour pouvoir évaluer correctement ces facteurs.

Pour pouvoir tenir compte des facteurs actuels de l'environnement de vie d'un enfant une méthodologie adaptée doit être utilisée. Il faut aussi prévoir des instruments d'intervention qui ne s'adressent pas spécifiquement à l'individu, mais qui concernent également l'environnement. L'opérationnalisation de la dimension sociale du modèle bio-psycho-social constitue un important défi. **Cette opérationnalisation pourrait mener à une modification de l'accent sur une politique de prévention et d'intervention individuelle vers une prise en charge plus large des problèmes de comportement des enfants et des adolescents.**

3.4.3 Environnement social et urbain

Les travaux en sociologie montrent quant à eux que la désignation du « jeune violent » s'avère le plus souvent réductrice dans son ignorance du contexte social et des possibilités d'interprétation sociologique qui entourent ces « conduites violentes », éventuellement présentées en « troubles de la conduite ». Ils mettent en évidence le danger d'étiqueter et d'essentialiser le caractère « violent » de certaines conduites juvéniles. La question de la déviance juvénile ne peut pas être enfermée dans le carcan d'une essentialisation normative du jeune « violent » et on ne peut porter un regard à sens unique sur la « seule » violence des jeunes (et non celle de la société qui les entoure et qui contribue à les construire).

En sociologie de la déviance, Mucchielli s'est ainsi insurgé contre le réductionnisme qui conduit à faire un portrait « psychopathologique » des jeunes de banlieue (Mucchielli, 2001). De même, Kinsey (1994) a montré que si les jeunes aiment « baguenauder » en rue ensemble, cela ne signifie pas nécessairement « prédélinquance ». Enfin, dans le champ psychologique, Zecca (2001) a dressé un portrait critique stimulant de la littérature anglo-saxonne et française sur les « troubles des conduites/troubles du comportement ».

C'est la tradition américaine, portée par l'école de Chicago dès les années 1920, qui a nourri la sociologie, l'anthropologie et la criminologie d'études sur la jeunesse en proposant une approche par le terrain des sociabilités juvéniles.

En France, une première étude isolée a été faite dans les années 1960 par Monod, qui est parti à la rencontre des bandes de « blousons noirs », dans une approche avant tout compréhensive, sans juger moralement ni étiqueter les bandes de jeunes. Peu après, Chamboredon (1971) a dénoncé la construction d'un étiquetage « pathologique » psychologisant sur la question de la délinquance juvénile, notamment dans la criminologie

française. Aux États-Unis, on retrouvait les mêmes considérations critiques sur l'étiquetage normatif (Becker, 1985).

Mauger s'est aussi engagé dès le milieu des années 1970 dans une sociologie des « loubards », cette étiquette devant être comprise à la fois comme un étiquetage péjoratif pour désigner certains jeunes du monde populaire regroupés « en bande », mais aussi comme la manière dont ces jeunes récupéraient cette image négative pour la retourner à leur avantage, en la transformant en une source de prestige par le refus des codes sociaux dominants (Mauger, 1975; Mauger & Fossé-Poliak, 1983). C'est là une tentative d'inversion de la domination que l'on retrouve par la suite dans des formes contemporaines de bandes de jeunes, dans les étiquetages négatifs qu'ils subissent (« caïds », « racailles », etc.). Mauger a continué par la suite au long des années 1980 et 1990 à travailler sur les univers juvéniles, notamment en traitant de la question cruciale de la virilité. Chez les loubards, il avait connu cette dernière comme étant peut-être l'emblème d'un véritable continuum au sein de la jeunesse des différentes classes sociales (Mauger, 1996) et que l'on retrouve dans différents univers ludiques (jeux de rôles, préférences cinématographiques, etc.).

Actuellement, il y a de nombreuses études de terrain de qualité, qui abordent les déviances juvéniles en étudiant l'articulation de trois mondes : le monde scolaire, le monde familial et le monde des sociabilités juvéniles.

La « culture de rue » (*street culture*) est ainsi aujourd'hui une notion centrale en sciences sociales et en criminologie. Le pionnier dans ce domaine est l'anthropologue américain Bourgois, dans son travail de terrain sur le *crack* à Harlem (Bourgois, 1989 ; Bourgois 2001). La « culture de rue » y est définie comme une (contre-)culture de résistance face aux codes de la société dominante. Ce qui inclut différents codes et pratiques culturelles considérés comme déviants ou délinquants. L'anthropologue français Lepoutre (1997) a, quant à lui, ordonné en un tableau les codes et les pratiques culturels qu'il a pu observer au sein de la jeunesse d'une banlieue française: joutes oratoires utilisant un matériau d'insultes, combats « pour rire » entre jeunes, exaltation de l'honneur et de la virilité, pratiques sportives, etc. Sa description de la vie culturelle d'une banlieue française inscrit celle-ci délibérément en rupture avec les approches passées, notamment criminologiques, des comportements des jeunes de banlieue.

Comme lui, Payet (1995), influencé par la tradition interactionniste de Chicago, a effectué à Lyon une ethnographie de collèges de banlieue, en s'attachant à la rencontre conflictuelle entre les jeunes et le personnel scolaire. Son travail a considérablement renouvelé la sociologie de l'éducation en apportant une connaissance de terrain de la vie dans les établissements de relégation scolaire que Payet appelait même des écoles de ségrégation scolaire, en insistant sur la réalité du rangement « ethnique » dans les écoles de relégation en France. Dans le même type d'écoles, à New York, le pédagogue Devine (1996) a analysé la « culture de la violence » dans les écoles américaines de relégation (celles qui accueillent un public d'élèves extrêmement ségrégués ethniquement et socialement : Afro-américains et autres minorités). La « culture de rue » de Bourgois est une donnée centrale dans la vie sociale de ces jeunes dans l'école et hors de l'école : une culture de l'honneur et de la « réputation » qui impose de régler par la force, et éventuellement par les armes, les blessures d'honneur. Devine s'interrogeait en particulier sur la question des responsabilités à tenir, au sein du personnel scolaire, à l'égard de la « culture de la violence ». Il avait constaté que **le personnel enseignant aux États-Unis s'était retiré de la mission, jugée dangereuse et peu gratifiante, de socialiser ces jeunes, au profit d'une activité recentrée sur l'instruction.** C'est vers un personnel subalterne que la question d'éduquer, mais aussi de discipliner et éventuellement de punir les élèves, avait été « transférée ». Devine avait également été témoin de l'introduction des premières politiques sécuritaires dans les écoles de New York : caméras de surveillance, mais aussi dispositifs de détection des armes (portiques de sécurité, outillage à rayons-X). La technologie sécuritaire faisait son apparition massive (et très coûteuse) dans les écoles. Un personnel de surveillance spécialisé, les agents de sécurité scolaire, était même introduit pour contrôler les entrées et les couloirs. Devine a cependant bien montré que ces technologies coûteuses et ce

personnel spécialisé, qui donnent à l'école l'allure d'une prison, ne font que contribuer à co-construire une culture de la violence avec la culture de rue introduite par les élèves dans l'école. Les agents de sécurité, en particulier, peu scolarisés, et issus des mêmes « communautés » ethniques que les élèves, n'étaient pas respectés par ces derniers, et pouvaient dévier de leur rôle jusqu'à trafiquer de la drogue avec les élèves ou avoir des relations sexuelles avec eux. Enfin, Devine, nommé par le président Clinton à la tête d'une *National Campaign against Youth Violence*, à la suite de la tuerie scolaire de Littleton, prévenait encore la société américaine contre son engouement pour les armes à feu, le triptyque culture de rue/accès aisé aux armes/technologie paramilitaire de surveillance et de contrôle pouvant s'avérer décisif dans la reproduction de la violence (Devine, 1996).

Dans les années 1990, la question de la « violence » a commencé à s'imposer comme une question importante de politiques publiques urbaines comme de prospective scientifique.

Dès la fin des années 80, Bourdieu et ses collaborateurs (1993) avaient apporté un éclairage sur les relations entre les jeunes les plus exclus socialement et scolairement, et l'institution scolaire. Le point le plus fondamental est le suivant : plus la carrière scolaire va se détériorant (réorientation, échec scolaire, renvois d'établissements, etc.), moins le jeune accorde du « sens » à sa présence dans l'institution scolaire. Son identité stigmatisée par l'échec et la relégation recherchera alors 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.

A l'intersection entre les travaux de Lepoutre (1999), ceux de l'interactionnisme américain et ceux de Bourdieu (1993), plusieurs ethnographies scolaires de l'école de relégation ont aussi été menées, notamment en Communauté française de Belgique. Ainsi, l'accent a été mis dans deux établissements d'enseignement professionnel bruxellois considérés comme « difficiles », sur la difficulté d'adaptation du jeune personnel qui débute (éducateurs ou enseignants) à la confrontation avec les élèves. Une situation de grande tension entre le personnel et les élèves de la relégation, dans les écoles « de dernière chance », amenait les élèves comme le personnel à construire des images dépréciées de « l'autre » groupe humain qui compose l'école. Un entrelacs de stigmatisations courrait ainsi du personnel aux élèves, et inversement. Il était intéressant également de constater que les élèves s'ancraient, pour provoquer ou « épater » le personnel, sur des images de valorisation des usages et coutumes du grand banditisme. Le monde déjà très viril, voire sur-viril qui marque l'école industrielle, s'agence ainsi à des images de la force physique, de la dureté et de la virilité, propres à la « culture de rue », qui doivent être considérées dans toute leur importance symbolique (Vienne, 2003 ; Vienne, 2008).

Cette importance de la virilité a aussi été fort mise en évidence dans les travaux de l'anthropologue Jamouille (2002), qui a effectué pendant une dizaine d'années une ethnographie de cités de logements sociaux dans le Hainaut. Jamouille s'est intéressée en particulier aux rapports intergénérationnels dans le cadre d'une réalité sociale de précarité, où l'économie est basée sur la « débrouille des familles » et des activités souterraines et illégales. Et de constater notamment la montée au « pouvoir » des jeunes garçons dans la cité, organisés en bandes, et imposant leur domination, notamment sexuelle, sur les jeunes femmes isolées. Jamouille a particulièrement bien décrit également le parcours d'initiation du jeune au sein d'une bande liée à la « culture de rue » et à l'économie souterraine. **Cette socialisation aux codes de la bande, appelée ici l'école de la rue, peut maintenant concurrencer comme source de prestige la socialisation que devrait assurer une institution scolaire parfois affaiblie ou discréditée** (Jamouille, 2005). L'importance de la bande comme lieu d'une réorganisation sociale pour « s'en tirer » au mieux face à la précarité, notamment par les trafics, sera une constante dans les travaux de cette époque sur les bandes de jeunes et les toxicomanies (Duprez & Kokoreff, 2000).

Suite à un travail ethnographique au sein de trois bandes associées à la délinquance, le sociologue français Sauvadet (2006) évoque quant à lui un « capital guerrier » qui se crée et se cultive au sein de ces bandes. Le monde de la bande se décompose ainsi dans une

typologie très parlante, entre les « chauds », ceux qui possèdent un important capital guerrier, à défaut de posséder un bon capital scolaire, et tirent du prestige de la force, et de la dureté (physique et de caractère). L'image du « chaud » vient de la capacité de ces chefs de bandes « guerriers » à mettre en jeu rapidement et utilement leurs capacités belliqueuses. Ce prestige par la force attire à eux des « fils à papa encanaillés », c'est-à-dire, dans la typologie de Sauvadet, des jeunes mieux dotés sur le plan scolaire, mais moins bien lotis en matière de possession du capital guerrier. Ces derniers sont en quelque sorte les phalènes attirées par l'éclat du « capital guerrier », et peuvent rendre différents services aux « chauds ». Enfin, la stigmatisation par les « chauds » des « tox », s'avère intéressante, car la dépendance trop visible et trop accrue aux toxicomanies de ces derniers est une marque de faiblesse, qui déconsidère les toxicomanes devenus trop dépendants aux yeux des « chauds ». L'individualisme exacerbé, la dureté et l'indépendance de caractère dans lesquelles les « chauds » aiment se donner à voir, sont ainsi incompatibles avec la « faiblesse » humaine du « tox ». C'est également le cas dans le domaine amoureux, où cette dureté implique de ne pas donner de signes extérieurs que l'on est amoureux, donc « dépendant » et faible, une caractéristique qui avait également été mise en évidence par Lepoutre (1999). La réflexion sur la virilité exacerbée, que d'aucuns appellent virilisme (Welzer-Lang, 2002), est donc particulièrement importante au cœur de la réflexion sur les conduites en bande.

En synthèse à ces travaux croisés sur les bandes de jeunes, l'économie souterraine, les déviances juvéniles, et les mondes familiaux et scolaires qui leur sont associés, Mauger (2005) a mis en évidence de vastes bouleversements au niveau des évolutions des carrières déviantes entre les jeunes du monde populaire des années 1970 (les « loubards ») et ceux d'aujourd'hui, marqués par la culture de rue. La virilité des loubards, leur construction d'une résistance aux codes de la bourgeoisie, pouvait trouver dans l'accès aux métiers du monde ouvrier une continuité logique. Le déclin du monde ouvrier a brisé cette continuité, et c'est plutôt le refus du destin d'ouvrier qui marque aujourd'hui les aspirations des jeunes du monde populaire. C'est le désir d'accès aux biens matériels et aux vertus du capitalisme (avec des fantasmes de réussite éclair) qui s'agence à présent à cette virilité pour construire des carrières déviantes ou délinquantes, notamment dans le cadre de l'économie souterraine (le « business »). Une question essentielle, qui a été posée tant par Lepoutre que par Mauger, devient alors celle de la durabilité des carrières déviantes au sein de la « culture de rue » ou de la culture de la « cité ». S'agit-il d'une simple phase transitoire, qui permet de « vivre sa jeunesse » intensément, et qui disparaîtra avec l'accès du jeune au marché du travail et à la vie conjugale ? Ou s'agit-il au contraire d'une inscription durable dans une carrière déviante ou délinquante, qui forge l'identité sociale pour de bon ?

La question reste ouverte, tant le cadre économique global (la disqualification de ceux qui ne possèdent qu'un faible capital scolaire, et qui seront des « jeunes à perpétuité ») pèsera sur ces carrières dans l'articulation jeunesse-marché de l'emploi. **La valorisation au sein de la culture de rue permet selon Mauger de trouver une alternative à la disqualification professionnelle et à la précarité sociale.**

D'autres études ont également montré l'importance du contexte de vie dans le développement des jeunes. Earls et Carlson (Earls, 2000 ; Earls & Carlson, 2001) ont fait d'intéressantes études sur l'impact de l'environnement social et urbain sur le comportement des enfants et adolescents.

Une étude en 1996 publiée par Ensminger a aussi montré que le fait de se trouver dans des quartiers relativement plus aisés avait un effet direct sur le risque de décrochage scolaire, mais la manière dont cet espace ou ce type d'environnement agissait, restait inconnue.

Une autre étude publiée par Ensminger (1992) avait montré quant à elle que le fait de se trouver dans un environnement pauvre ne contribuait pas, de manière significative, au risque de décrochage scolaire comparé aux facteurs familiaux et individuels. Les filles, en tout cas, n'apparaissaient pas influencées par le voisinage. L'impact de l'environnement social restait peu précis.

Une autre étude (Sampson et al., 1997) a découpé la ville de Chicago en trois-cent-quarante-trois quartiers de voisinages. Ces voisinages sont définis à partir d'une série de caractéristiques qui combinent des facteurs et variables sociodémographiques à **une échelle de cohésion sociale mesurant la disposition des adultes à intervenir dans la vie des enfants de leurs voisins. Les résultats indiquent bien que, lorsque cette cohésion sociale est élevée, le risque de violence est particulièrement bas.**

Des recherches sur la cohésion sociale ont permis de mettre en évidence l'importance de ces facteurs socio-économiques et de culture communautaire sur la prédiction de capacités psychologiques de l'enfant, tels que l'efficacité personnelle au niveau scolaire, l'existence de soutien face à l'adversité, le bien-être physique en général, le poids de naissance, l'obésité, etc. Tous ces domaines ont pu être investigués en faisant un lien entre la cohésion sociale et l'état psychologique de bien-être de la population d'un quartier. Ces recherches permettent de sortir d'une logique individuelle liée au passé et aux antécédents des enfants et de leur famille pour se concentrer aussi sur des logiques plus organisationnelles et groupales voire sociales et culturelles. **Ces constatations indiquent que ce qui devrait être fait dans des quartiers qui sont prédisposés au développement de la violence n'est pas nécessairement un travail individuel ou de la mise en place de relais psychothérapeutiques, mais aussi et surtout un travail social, communautaire centré sur les quartiers et la cohésion sociale.**

3.4.4 Enseignement

3.4.4.1 Deux constatations préalables

On constate dans le monde occidental une augmentation du nombre de cas d'obstruction signalés en milieu scolaire pour lesquels le secteur de l'enseignement n'arrive pas à trouver de solutions et se retrouve, par conséquent, parfois complètement impuissant. Pas étonnant donc que ce problème attire de plus en plus l'attention autant au niveau du lieu de travail, de manière pratique, que sur le plan scientifique et politique. En 2000, une enquête de victimation a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif des élèves de l'enseignement secondaire ordinaire pour le compte du Ministère de l'enseignement de la Communauté Française (Buidin et al., 2000). Les écoles ayant participé à cette enquête ont fait l'objet d'un suivi en 2003 (Lecocq et al., 2003 ; voir aussi www.psed.ucl.ac.be/violenceecolep1.htm). En 2001, Walgrave a rendu un rapport au ministre flamand de l'Enseignement sous le titre « *Geweld op school. Onveiligheid en onveiligheidsgevoelens* (Violence à l'école. Insécurité et sentiments d'insécurité) ». A la demande du gouvernement néerlandais, Van Wonderen et Klein (2004) s'intéressent, dans un rapport, à la question suivante : « *Is de school een veilige haven* (l'école est-elle un refuge ?) ». Cette interrogation ne concerne pas uniquement les élèves, mais également les enseignants et vu sous un autre angle, les parents. Il s'agit de la première constatation. Sur base d'impressions supposées ou réelles, créées principalement par les médias, des initiatives disparates sont prises afin de mettre un frein à la « transgression de la norme », de garder ou de mettre le comportement des élèves sous contrôle. **On rapporte régulièrement, surtout dans l'enseignement secondaire, des cas de classes incontrôlables, d'environnements scolaires violents, de situations intenable. Subséquemment, les enseignants ressentiraient des frustrations démotivantes, essentiellement chez les plus engagés d'entre eux.** En Belgique, 27.000 enseignants se seraient assurés contre la violence à l'école (prime annuelle de € 25 ; seuls 20 à 25 enseignants par an reçoivent dans ce contexte une indemnité).

La seconde constatation concerne les écoles confrontées à des élèves qui ne sont pas disposés à respecter un environnement scolaire vivable, notamment en classe, et encore moins à y contribuer. L'école, les enseignants, la direction, les collaborateurs du PMS, n'ont aucune prise sur la situation malgré l'invitation au dialogue, l'octroi de nouvelles

chances, les tentatives d'implication des parents dans la recherche d'une solution, l'appel à la police et à la justice. Des événements spectaculaires tels que le meurtre d'un camarade d'école à proximité de celle-ci, l'assassinat d'inconnus à la suite d'un renvoi scolaire ou encore les tueries dans les écoles et universités, semblent n'être que la partie émergée de l'iceberg, mais introduisent la question initiale de façon dramatique (Debarbieux, 2006). **Que se passe-t-il ?**

3.4.4.2 Contexte scolaire, psychologie du développement et troubles des conduites

L'école est un environnement structuré dont l'objectif est de préparer les enfants intellectuellement, socialement et émotionnellement à leur rôle dans la société (Van Waterschoot et al., 2006). Le jargon de l'enseignement explicite les finalités à atteindre généralement en termes de compétences (connaissances, compréhension, capacités et attitude). Tout ceci a un rapport avec le rôle que doit jouer l'école dans le processus complexe de transmission de la culture. La forme spontanée de transmission de la culture est désignée par le terme d'« enculturation » (processus de transmission de la culture du groupe à l'enfant), la transmission ciblée est appelée « socialisation » (Berry et al., 2002). Ensuite, il convient de faire une distinction entre transmission verticale de la culture et transmission oblique. Par la première, on entend la transmission au sein du foyer, de la famille. Par la deuxième, celle effectuée par les adultes hors du milieu principal. Dans notre société, la diversité culturelle prend de l'ampleur. Dès lors, il est judicieux de la part des auteurs cités d'établir une distinction supplémentaire entre les formes d'enculturation et les formes de socialisation à l'intérieur de la propre communauté culturelle et les processus auxquels les enfants et les adolescents sont soumis par leurs contacts avec les adultes de l'autre culture (dominante). Il faut situer l'école dans cette transmission oblique, tant dans la diffusion de la culture aux enfants et adolescents de la communauté autochtone qu'à ceux d'origine allochtone.

En raison de cette mission sociale générale, de la constellation de groupe et de l'environnement très normatif centré sur des objectifs vérifiables, il n'est pas surprenant que l'école fournisse une preuve irréfutable sensible de troubles des conduites. Dans notre pays, l'enfant est amené à fréquenter l'école à un âge relativement jeune et, dès 6 ans, l'instruction scolaire est obligatoire (pas nécessairement la fréquentation scolaire). La problématique des troubles des conduites se développe souvent très tôt et est persistante (Peeters, 1995). Par conséquent, l'école est témoin de l'évolution psycho-développementale des problèmes de comportement en tout genre et cela devient plus évident encore vu l'objectif normatif et instructif de la fréquentation scolaire. Même si l'environnement familial est fragile, l'école s'efforce de maintenir une structure normative minimale. Dans le cas contraire, elle devient inutile, voire invivable. Cette situation engendre inévitablement conflits et signalement de « problèmes » en cas de troubles des conduites. Il faut cependant souligner qu'à quelques rares exceptions près, l'on ne dispose pas en Belgique de suivis longitudinaux d'élèves durant plusieurs années de leur scolarité.

A la demande des autorités flamandes, Walgrave (2001) a mené une large enquête sur la violence ou de manière plus générale sur le comportement antisocial rencontré à l'école. L'équipe de recherche a établi une distinction entre quatre formes de comportement asocial (certaines de ces distinctions se retrouvent dans les recherches menées en Communauté Française, Galand et al., 2004).

La première forme de trouble des conduites concerne le comportement physique. Le comportement physique agressif apparaît entre un et quatre ans (petite enfance). Il se manifeste à l'école maternelle, mais les conséquences restent généralement limitées, on tire rarement la sonnette d'alarme. En outre, les enfants des groupes à risque de présenter des troubles des conduites fréquentent moins souvent l'école maternelle. Ensuite, on constate en

principe une diminution du comportement agressif, qui se maintient en moyenne entre onze et dix-huit ans. Pour une minorité d'enfants et d'adolescents, cette attitude physique agressive subsiste à un niveau relativement élevé et s'aggrave davantage pendant l'adolescence. S'il est vrai que la fréquence de la violence diminue pendant cette période, les conséquences, elles, sont plus graves. En effet, les adolescents sont plus forts physiquement, disposent de plus de connexions sociales et matérielles et sont capables de penser méthodiquement. Dans certains cas, les armes sont utilisées de manière efficace et posent également de réels problèmes au sein des écoles. Une étude menée à l'initiative du gouvernement néerlandais mentionne que la violence armée est plutôt rare, mais onze à quinze pour cent des élèves auraient été témoins d'une telle agression entre élèves, l'année précédente (van Wonderen & Klein, 2004). Walgrave (2001) inclut également dans ce premier groupe, outre les coups et blessures, les (tentatives de) viols et l'attentat à la pudeur. Toutefois, on ne peut pas faire une fixation sur les formes physiques manifestement brutales de la violence. **Celles-ci diminuent avec l'âge alors que les formes subtiles ou non d'agression sociale s'accroissent** (Walgrave, 2001; Klein & Van Wonderen, 2004; Vitaro & al, 2006). On a longtemps négligé ces types d'agressions alors qu'elles entraînent souvent des conséquences à tout le moins aussi graves pour les personnes impliquées (Jimerson & Furlong, 2006). On réalise de plus en plus, surtout en milieu scolaire, qu'il faut réfléchir de manière plus nuancée à la « violence ». Harcèlement, chantage, intimidation, tracasseries ou chantage direct ou dommages psychologiques s'intensifient avec l'âge et évoluent en même temps que les outils technologiques (cf. images intimes ou diffusion de messages blessants sur Internet, tant en rapport avec les camarades d'écoles que les enseignants, harcèlement à l'aide du téléphone portable, etc.). Le tort infligé est souvent incalculable et invisible.

Le deuxième aspect comprend d'autres types de comportement délinquant comme la destruction de biens, le vandalisme, le vol, l'agression sans violence, l'usage et la vente de stupéfiants, les incendies criminels (Walgrave, 2001). Le mensonge et la fraude sont tout aussi pertinents pour l'école. Le vol est un phénomène présent dès l'école maternelle, une fois encore, plus chez les garçons que les filles. Entre dix et dix-sept ans, l'augmentation est frappante surtout chez les jeunes défavorisés. Le mensonge est largement répandu. Il arrive à 2/3 des enfants de mentir un jour ou l'autre, mais pour 7 % des garçons et 4 % des filles, c'est chose fréquente. Le mensonge chronique est souvent associé au premier composant, à savoir, un comportement violent. La fraude se manifeste davantage à un âge plus avancé car elle nécessite une planification et un minimum de technique. Internet représente une nouvelle source d'inspiration pour la fraude. On ne fait, par exemple, plus son résumé de livre soi-même, mais on va simplement le chercher sur Internet. Pour certaines formes du deuxième groupe, une diminution moyenne est enregistrée après 16–17 ans, pour d'autres, une augmentation (par exemple, l'abus de drogues). Dans ce cas également, la gravité des faits peut s'accroître (cf. incendies criminels sur voiture, écoles).

Walgrave (2001) appelle **la troisième forme, les délits statutaires**. On entend par là le problème de l'absentéisme scolaire ainsi que la fugue. Étant donné que ces deux formes sont étroitement liées à d'autres comportements hors norme et à risque (par exemple, vol et usage de stupéfiants) et constituent une menace directe pour le parcours scolaire, les autorités flamandes ont mené d'importantes actions de sensibilisation dans ce domaine. De même en Communauté Française, une série de mesures ont été prises ces dernières années pour intensifier la prévention et le traitement du décrochage scolaire (SAS, DAS, etc.).

Enfin, nous arrivons au quatrième composant : **l'infraction régulière de règles de conduite importantes**. En milieu scolaire, il s'agit de la perturbation volontaire des cours, du comportement verbal brutal à l'égard des enseignants, du refus de faire ses devoirs, etc.

3.4.4.3 *Ampleur du problème*

D'importantes difficultés se présentent au niveau de la détermination de l'ampleur des problèmes qui, de surcroît, varient en fonction des formes concrètes. Tout d'abord, il n'est généralement pas possible de déterminer avec exactitude à quel moment on peut parler de trouble des conduites. Il est presque toujours, question d'un continuum plutôt que d'une délimitation qualitative. Ainsi, si un nombre relativement élevé d'élèves sèche les cours de temps à autre, seul un faible pourcentage est systématiquement absent de manière injustifiée.

L'importance de la problématique dépend aussi du critère utilisé. Elliot (1998) révèle par exemple que 25 % des écoles métropolitaines américaines ont installé des détecteurs de métaux. Plusieurs auteurs soulignent qu'aucune méthode d'analyse ne donne entière satisfaction (Kempes et al., 2005 ; Walgrave, 2001). Les questionnaires livrent des résultats différents en fonction du groupe ciblé. La désirabilité sociale peut, surtout chez les parents et les enfants et adolescents eux-mêmes, mener à une sous-estimation significative des difficultés. Les enseignants et autres personnes concernées parviennent rarement à établir une distinction entre faits objectifs et impressions subjectives (Galand et al., 2004, Walgrave, 2001). En conséquence, il peut y avoir une surestimation. D'après Elliot (1998), le sentiment d'insécurité des citoyens et donc également celui des enseignants aux Etats-Unis s'est tellement amplifié que la violence est considérée comme un problème de société plus important que la pauvreté ou le chômage. L'observation ou l'enregistrement direct en milieu scolaire est également soumis à de sérieuses restrictions. La présence d'un observateur ou simplement d'un enseignant ou de personnel de soutien à l'enseignement réduit considérablement la constatation d'un comportement hors norme. Treize pour cent seulement de la violence chez les enfants et adolescents aurait lieu au sein même de l'école (Elliot, 1998), et une fraction de ce pourcentage, en classe (Klein & Van Wonderen, 2004). Enfin, les faibles corrélations entre différentes mesures indiquent une fiabilité problématique (Pellegrini & Bartini, 2000). Cette interdépendance entre le jugement des enseignants et les observations directes est donc faible, voire insignifiante (Kempes, 2005).

Quelques constatations générales se retrouvent dans plusieurs publications. En milieu scolaire, la fréquence du comportement hors norme est plus élevée dans l'enseignement secondaire que dans l'enseignement primaire ou supérieur et connaît un pic à l'âge de 15–16 ans. La plupart des formes sont plus fréquemment le fait des garçons que des filles. Les types d'agression physique se produisent davantage entre élèves qu'entre ceux-ci et enseignants. Un comportement incorrect se rencontre majoritairement à l'extérieur de l'école. La fréquence de la plupart des formes de troubles des conduites varie en fonction du type d'école. En effet, on constate que les problèmes de conduites vont décroissant en partant de l'enseignement à temps partiel puis en passant par l'enseignement professionnel, le technique pour arriver au général (ces différences entre filières d'enseignement tendent à disparaître quand on tient compte du niveau de retard scolaire des élèves [redoublement] – Galand et al., 2004). En Communauté française, les incidents violents sont plus fréquents dans les écoles qui regroupent une plus grande proportion d'élèves ayant doublé, où la cohésion des équipes éducatives est plus faible et où l'on recourt davantage à des pratiques pédagogiques favorisant les élèves les plus performants. Une étude internationale indique aussi que le niveau de violence à l'école dans un pays est lié au degré d'inégalité de résultats entre élèves, mais pas au niveau global de criminalité dans ce pays (Akiba et al., 2002). Cet ordre ne concerne pas tous les troubles des conduites (par exemple, les intimidations dans le secondaire général sont plus importantes que dans le secondaire technique – Walgrave, 2001). Des faits isolés sont souvent commis peu fréquemment par un grand nombre d'élèves (voyage sans titre de transport, vandalisme, vols mineurs, perturbation des cours...). D'autres infractions sont commises régulièrement par un plus grand nombre de jeunes (par exemple, l'usage de drogues). **Walgrave (2001) conclut qu'un groupe limité de 10 % commet plusieurs faits de façon régulière. Ces**

multirécidivistes se retrouvent plus souvent confrontés à la police. On ne dispose pas de données à long terme sur l'évolution des problèmes de comportement à l'école en Belgique. Aucune augmentation significative n'a été observée entre 2000 et 2003 en Communauté Française (Galand et al., 2004).

Pour terminer, il convient encore d'indiquer que la réceptivité sociale ou les incidents locaux peuvent accentuer la sensibilité dans le cas de certaines formes de comportement hors norme. Un acte de violence grave à l'école entraîne généralement une baisse de tolérance, voire une tolérance zéro, pour tout type d'agression. Certaines d'entre elles peuvent être mises à l'ordre du jour politique. C'est le sort que connaît l'absentéisme scolaire, en Flandre, et en Communauté Française, ces dernières années. On répertorie, on met l'accent sur les responsabilités, on souhaite réduire le problème. **Ainsi, dans l'enseignement secondaire flamand, 4142 cas d'absentéisme grave (plusieurs jours par mois ou trimestre) ont été recensés pendant l'année scolaire 2006-2007, soit 1% des élèves.** Toutefois, dans l'enseignement à temps partiel, ce pourcentage est plus élevé tout comme dans le professionnel, avec un pic en troisième année. En primaire, les élèves font également l'école buissonnière, mais la cause se trouve habituellement dans des facteurs familiaux déterminés (par exemple, une structure familiale faible ou un foyer qui n'est pas familiarisé avec la réalité scolaire) (Département Enseignement et Formation, 2007). **Un milieu défavorisé augmente ces pourcentages de façon considérable : jusqu'à 25 % à 11 ans et jusqu'à 60 % à 16 ans (INSERM, 2005).**

3.4.4.4 Facteurs contextuels

Il est généralement admis que la problématique des troubles des conduites ne peut s'expliquer par un seul facteur causal. On parle, le plus souvent, d'un déséquilibre entre facteurs de risque et facteurs de protection compensatoires (Bruyninckx, 2003). **La plupart des auteurs partent du principe que l'école est rarement, voire jamais, la cause des troubles des conduites. La famille d'origine et l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent jouent un rôle plus important** (Elliot, 1998), mais il existe bien un lien important entre l'apparition des problèmes de comportement à la maison et à l'école (Peeters, 1998). L'école peut jouer un rôle clé en tant que facteur de protection potentiel et peut aussi être (involontairement) un facteur aggravant. Une caractéristique rencontrée très souvent chez les enfants et adolescents sujets aux troubles des conduites est leur goût pour les rapports de force et leur manière de réagir négativement et avec provocation aux règles de conduite et à l'autorité (MACMH, 2007). Ils enfreignent les règles, refusent les ordres, s'engagent dans de multiples conflits, commettent des violences proactives ou réactives sur leurs pairs (Kempes et al., 2005; Vitaro et al., 2006). Lorsque l'école prend ses responsabilités, la situation connaît facilement une escalade, surtout quand l'environnement familial est peu structuré (Peeters, 1995). Le problème devient parfaitement visible et entraîne, pour toutes les personnes concernées, certaines conséquences généralement négatives. Les divers aspects des troubles des conduites peuvent être particulièrement visibles dans un contexte scolaire car les normes y sont habituellement explicitées. Parmi celles-ci on trouve la présence aux cours, la ponctualité, le silence en classe, la politesse envers l'autorité, la remise de devoirs de qualité satisfaisante en temps et en heure, les examens, avec les conséquences inévitables sur l'accession au niveau supérieur du cursus, etc. Tout ceci se déroule dans un contexte social plus large que la famille. Ce ne sont pas quatre ou cinq personnes qui sont concernées mais 20, 100 ou 1.000, regroupées de manière hétérogène par rapport à l'origine et l'âge avec une certaine hiérarchie.

Pourtant, l'école peut jouer un rôle important, en bien comme en mal... Il est étonnant de constater que certaines écoles connaissent plus ou moins de problèmes que d'autres du même type (Giller & Rutter, 1983; Dahl & Webster-Stratton, 1995). Ceci dépend notamment de facteurs tels que des règles clairement établies, surveillées de manière cohérente, l'atmosphère scolaire et l'interaction entre enseignants et élèves. Le degré de ségrégation sociale et l'usage de la relégation scolaire au sein d'un système éducatif, le climat éducatif et

les pratiques d'enseignement sont également des éléments qui peuvent avoir une influence sur la fréquence des problèmes de comportement au sein des écoles (Galand et al., 2004; Galand et al., 2006).

Certains développements de société ont peut-être un effet négatif facilitant. Un phénomène marquant est, bien sûr, que l'autorité dans notre société ne va plus de soi, ni dans nombre de familles, ni en dehors de celles-ci. Auparavant, l'école était mandatée presque automatiquement pour représenter l'autorité parentale (Le Gall, 1972). Les établissements scolaires se plaignent de ce que ce soit beaucoup plus rarement le cas de nos jours. Il arrive que l'autorité de l'école soit ouvertement remise en cause par les parents, sous forme ou non de procédures juridiques. En Belgique (et ailleurs en Europe occidentale), ce problème est peut-être aussi accentué par la décision de créer la mixité dans toutes les écoles, et par la féminisation du métier d'enseignant. Enfin, la situation de l'enseignement se complique en raison de la disparité accrue des élèves. Ce n'est pas cette hétérogénéité en elle-même qui est déterminante, mais bien l'absence d'une culture éducative et pédagogique adéquate au sein des familles appartenant à un certain milieu ethnique, religieux et/ou socio-économique problématique. La transmission verticale de la culture (Berry et al., 2002) ne s'associe pas à la transmission oblique à laquelle aspire l'école, et se retrouve parfois en contradiction totale avec celle-ci. Les attitudes d'apprentissage et les compétences sociales nécessaires n'ont pas une assise suffisante et engendrent ainsi, en milieu scolaire, des complications qui, corrélées aux troubles des conduites, peuvent avoir des conséquences graves.

3.4.4.5 Conséquences des troubles des conduites dans l'environnement scolaire

Les problèmes des conduites se manifestant, dans de nombreux cas, à un très jeune âge, les conséquences, elles aussi, apparaissent de manière précoce. Tant dans l'enseignement primaire que dans le secondaire, les comportements agressifs donnent lieu à de multiples conflits impliquant camarades, enseignants et direction. En ce qui concerne les conséquences, Vitaro et al. (2006) établissent une distinction entre attitude agressive proactive et réactive. L'agression proactive est ciblée et contrôlée et engendrerait plutôt une certaine popularité, surtout si elle se manifeste dans le contexte social, moins s'il s'agit de formes physiques. Cette forme ne présenterait pas non plus de lien négatif avec l'image de soi et les prestations scolaires. Le comportement agressif réactif par contre provient plutôt d'une frustration, est de nature défensive, indique un manque de tolérance et conduit à une exclusion sociale et des problèmes scolaires (Peeters, 1995 ; Peeters, 1998 ; Vitaro et al., 2006).

De manière générale, on part du principe que la plupart des troubles des conduites se situent dans une interaction à double sens avec le fonctionnement scolaire. Les problèmes comportementaux systématiques entraînent des conflits, une attention davantage négative et moins positive, une escalade de la situation et des prestations moindres ainsi que l'évitement voire l'abandon total de l'école (MACMH, 2007). Ces conséquences agissent généralement comme déclencheur sur les troubles des conduites, avec des résultats qui peuvent être extrêmes sur le développement de l'enfant et de l'adolescent. Son isolement en milieu scolaire le pousse à rechercher la compagnie d'autres jeunes dans la même situation en dehors de l'école. Dans cet environnement social, on trouve souvent une combinaison de plusieurs infractions à la norme pouvant constituer une menace grave pour le développement personnel global (Routh & Daugherty, 1992). Outre l'isolement social, l'échec en soi a également un impact négatif profond sur l'évolution de la problématique en tant que telle (INSERM, 2005). Le comportement hors norme cache généralement une image de soi trouble, une faible estime de soi (MACMH, 2007) et/ou une peur de l'échec (Depreeuw, 2003).

La réaction agressive physique ou sociale engendre un sentiment d'insécurité chez les élèves et les enseignants. La moitié des absences dans les écoles américaines seraient

dues à la peur de la violence (Elliot, 1998). Des résultats obtenus à Bruxelles suggèrent également l'existence d'un lien entre le fait d'être victime de violence à l'école et l'absentéisme scolaire (Galand et al., 2000). Un environnement scolaire sûr est essentiel pour apprendre (Jimerson et al., 2006). La culture de l'école, la structure, l'ambiance dans la classe et la participation de tous jouent un rôle important. Les enseignants aussi peuvent se sentir en insécurité, surtout à la suite d'expériences violentes concrètes. On note une accentuation du risque de démotivation, de surmenage et même d'abandon du métier d'enseignant (Galand et al., 2007 ; Klein & Van Wonderen, 2004 ; Walgrave, 2001).

Dans des cas extrêmes, une minorité peut déstabiliser le projet pédagogique et entraîner des conséquences graves pour toutes les personnes concernées. Lorsqu'un petit noyau se comporte, à l'école, comme s'il était invulnérable, les punitions sont alors vues comme une récompense (elles peuvent créer un effet de valorisation sociale). Ces quelques élèves mènent une sorte de politique mafieuse en classe, parfois avec des armes, des complices, du chantage, du trafic de biens (surtout de la drogue, mais également des armes ou des marchandises volées). L'école est infiltrée et l'autorité légitime ébranlée. Donner cours devient un détail, la survie des élèves et des professeurs, une priorité. Les enseignants plus jeunes baissent les bras plus rapidement que l'ancienne génération, qui a encore été éduquée au moyen de normes et de valeurs sévères. Ou est-ce juste le contraire ? Certains attendent leur retraite, d'autres relativisent, à tort ou à raison...

Outre la série de conséquences décrites ci-dessus, il existe souvent des suites plus ou moins radicales. À cause des infractions répétées aux normes, les écoles se voient dans l'obligation de prendre différentes mesures, parfois conséquentes et/ou coûteuses. Dans de nombreuses écoles, la lutte contre les vols passe par des casiers individuels à code ou à clé ; on cherche constamment à détecter ou à brider le mensonge, on tente de décourager la fraude (cf. falsification de la signature des parents ou des bulletins par exemple, programmes contre le plagiat, etc.).

3.4.4.6 Les mesures possibles

Etant donné les conséquences importantes pour toutes les personnes impliquées, il n'est pas étonnant que des mesures divergentes soient prises, y compris dans le contexte scolaire. L'essentiel de l'attention se porte sur le renforcement du fonctionnement familial (Bruyninckx, 2003 ; Patterson & Forgatch, 1987 ; Peeters, 1995, 1998). 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 PMS, l'aide sociale, les médecins, la police, la justice, etc. Les interventions thérapeutiques n'ont, en général, qu'un impact limité (Murphy & Wolkind, 1996). De nombreuses initiatives sont prises de manière spécifique au niveau de l'école. Sans aspirer à l'exhaustivité, nous en mentionnons quelques-unes.

Pour l'élève sujet à des difficultés de comportement, on peut suivre le scénario dans lequel s'installe une hiérarchie de mesures (Klein & Van Wonderen, 2004). **Il est possible de mieux ajuster le programme d'études au niveau de l'élève, ni trop simple ni trop compliqué. Réussir est important, éviter des échecs répétitifs, essentiel.** On recherche la proportion la plus optimale possible au niveau du nombre d'élèves par enseignant. Les interactions que cela rend possible développent une attitude positive parmi le corps professoral, qui permet d'éviter autant que possible les confrontations. Les règlements sont appliqués et motivés de façon transparente et les élèves ont, jusqu'à un certain point, leur mot à dire en matière de réglementation (MACMH, 2007). **Il est essentiel, surtout si une grande partie des élèves sont issus d'un milieu défavorisé, d'intégrer au programme d'études une formation en compétences sociales** (Gottfredson, 2001). **Celle-ci se situe au niveau cognitif (capacité à résoudre les problèmes), au niveau émotionnel (ressentir et contrôler ses émotions, en particulier la colère et la frustration) et au**

niveau comportemental (négocier, se retirer à temps, ne pas posséder d'armes, dominer l'abus de substances, etc.) (Elliot et al., 1998). En réaction au comportement hors norme répétitif, on réagit promptement, l'enfant ou l'adolescent se retrouve logiquement confronté à des limites (sans exagération). Ceci peut résulter en un contrat comportemental qui est suivi minutieusement. En cas de persistance, il peut être décidé de renvoyer temporairement l'enfant ou l'adolescent du milieu scolaire. On parle de procédure *Time Out*. Celle-ci peut être de courte durée (quelques jours - Archie, 2007) ou de longue durée (quelques mois - van Waterschoot et al., 2006; l'action *Youth at risk* des autorités flamandes peut même atteindre onze mois). Ces dernières années, dans le cadre ou non du time out, on utilise des *discussions de groupe axées sur le rétablissement* ou *HERGO* (Burssens et al., 2004; Vettenburg et al., 2006). Il est important de parvenir à réaliser une connexion sociale positive avec les enfants et adolescents grâce à laquelle la spirale négative est inversée (Dahl & Webster-Stratton, 1995; Elliot et al., 1998). Le modèle d'aptitude sociale (Slot & Spanjaard, 1996) sert souvent de cadre de référence pour atteindre cet objectif. Le renvoi devrait normalement être la dernière mesure à prendre. Bien que le renvoi d'un élève soit parfois inévitable, il s'agit souvent d'un échec final (pour tout le monde). De plus, l'exclusion scolaire est elle-même un facteur de risque pour les troubles ultérieurs. Les enfants et adolescents qui présentent des troubles des conduites sont souvent concentrés dans des « écoles poubelles ». Celles-ci représentent un milieu favorable à la délinquance et hypothèquent le développement global de l'enfant et de l'adolescent et sa participation constructive dans le processus social.

De nombreuses actions préventives ont été lancées ces dernières années par les écoles elles-mêmes ou à l'initiative et avec le soutien de certaines associations (par exemple, la Fondation Roi Baudouin). Le département de l'Enseignement et celui du Bien-être et de la Famille développent, eux aussi, parfois des initiatives préventives. L'objectif est de parvenir à une école sans violence (Van Waterschoot et al., 2006; Vanspringel, 2007), de prévenir les intimidations ou de les amener vers des pistes constructives (Olweus, 1993; Stevens & Van Oost, 1994), d'introduire une politique qui décourage fermement l'absentéisme scolaire etc. Cependant, la plupart de ces actions n'ont pas fait l'objet d'une évaluation systématique et il est donc très difficile de savoir lesquelles sont les plus efficaces. Les évaluations disponibles dans d'autres pays indiquent que ce type d'intervention a des effets nuls à modérés, avec le plus souvent des effets faibles et peu durables (Gottfredson, 2001; Wilson & Lipsay, 2006)

La préférence est donnée à la prévention car les coûts liés aux soins et/ou à la répression sont beaucoup plus élevés et que le blocage est ainsi souvent renforcé. On opte surtout pour la prévention car les chances de développement des enfants et adolescents peuvent y tenir une place plus centrale (Elliot et al., 1998).

Une attention particulière doit être accordée à la politique scolaire. La structure environnementale est un facteur de prévention fondamental. L'école doit garantir la sécurité. Dans certains cas, il peut être indiqué d'élaborer un scénario afin d'intercepter et de neutraliser la violence (Kaplan & Sadock, 2007). Ces auteurs soulignent également le rôle de la participation et des stratégies éducatives adaptées. Outre la prise en charge des élèves à problèmes, **il convient aussi de faire des efforts au niveau du soutien accordé au corps professoral, également par le biais d'une formation adaptée afin de gérer de manière constructive les troubles des conduites**. L'école prend de plus en plus souvent la responsabilité de faire respecter les prescriptions légales, y compris en son sein, et de faire intervenir la police et la justice, à temps, en cas d'infraction (notamment pour l'absentéisme scolaire, les actes de violence ou le vol).

3.4.4.7 Conclusions

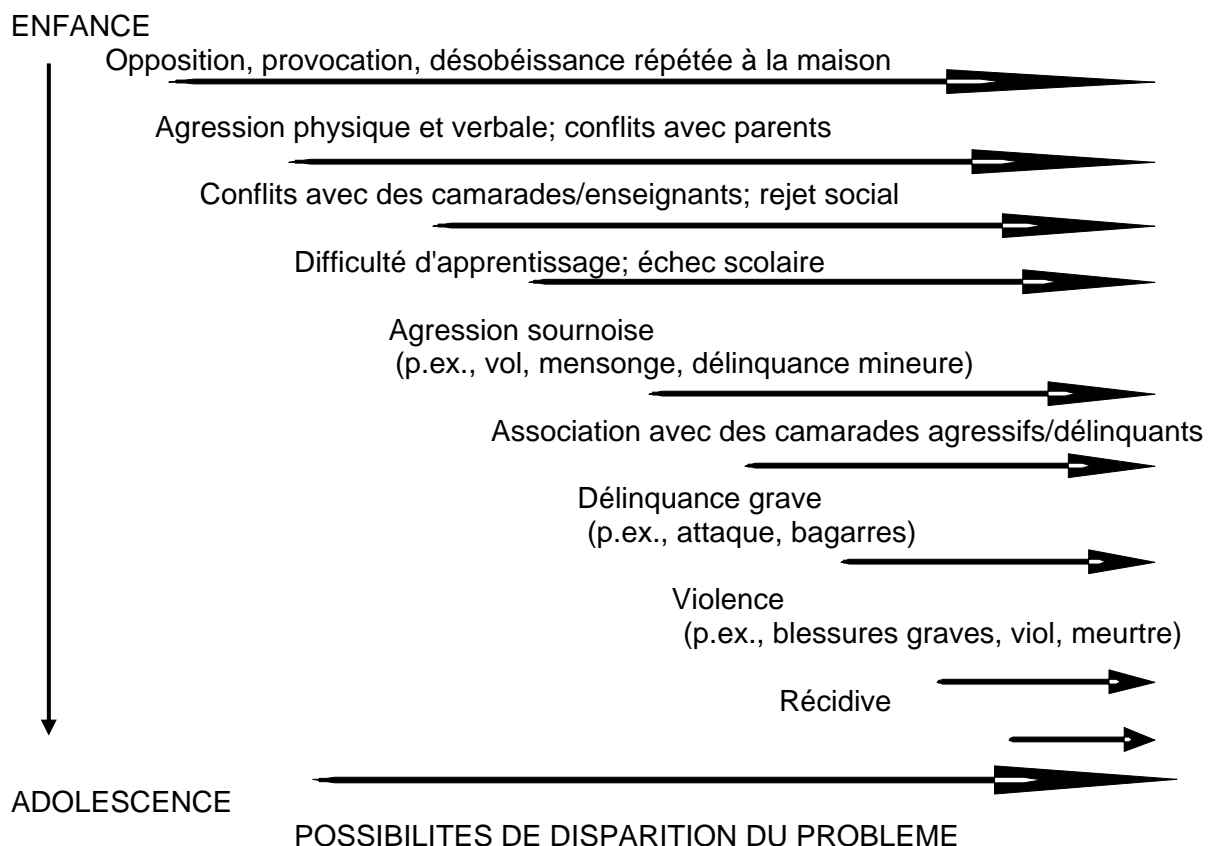
On considère généralement que l'école joue un rôle limité, voire nul, dans l'émergence des troubles des conduites. Elle constitue, toutefois, l'environnement dans lequel les troubles se

manifestent à la suite d'un certain nombre de caractéristiques spécifiques, et où, plus qu'ailleurs, ils sont enregistrés et/ou sanctionnés. A la question de savoir si l'école constitue un milieu sûr, Van Wonderen et Klein (2004) répondent par l'affirmative. De plus, la grande majorité des enseignants a l'impression que la situation ne s'est que peu ou pas détériorée au cours des cinq dernières années. Walgrave (2001) ne tire pas non plus de conclusions alarmantes. La plupart des faits sont commis peu fréquemment. Même dans cette enquête, seule une petite partie des enseignants a peur d'être elle-même victime d'un comportement antisocial de la part des élèves. D'autre part, pratiquement tous les auteurs indiquent que certains comportements hors norme doivent bel et bien être considérés comme problématiques, soit par leur fréquence (usage de drogues, absentéisme scolaire, intimidations...), soit par leur gravité, même si ceux-ci surviennent rarement (par exemple, violence physique, psychique ou sexuelle), soit parce qu'ils se produisent de façon combinée chez les multirécidivistes. Dans un certain nombre de cas, des mesures s'imposent vu les effets indésirables possibles pour tous les acteurs concernés, auteurs, victimes et personnel. En outre, les experts affirment qu'en matière de politique scolaire **il faut préférer la prévention à la répression, et que le développement de compétences sociales solides mérite une place centrale, aussi bien chez les élèves que chez les enseignants.**

3.5 Conclusions du modèle bio-psycho-social

Un grand nombre de variables jouant un rôle dans l'apparition et la persistance ou la disparition d'un trouble des conduites ont été examinées dans ce chapitre. Le schéma 2 (inspiré de Dumas, 2007) en représente quelques-unes de manière schématique.

Schéma 2 : Représentation schématique des trajets de développement des troubles des conduites qui commencent dès le jeune âge



A chaque moment, des facteurs contextuels sont susceptibles d'influencer ce trajet:

Facteurs personnels: tempérament, maturité physique et sexuelle, comorbidité (avec TDAH)

Facteurs familiaux: modèles comportementaux perturbés dans la famille, psychopathologie et/ou assuétude des parents, discipline incohérente et/ou absente et/ou exagérée, relations conflictuelles dans la famille, manque de sécurité, d'affection et d'encouragement, socialisation et apprentissage des aptitudes sociales, affectives et instrumentales défailtants, manque de suivi et d'attention, manque de soutien social

Socioculturel: pauvreté, exclusion (sur base de la race, la croyance ou d'autres facteurs), exposition à un comportement agressif et violent direct, médiatisé et gratifié

Sur base de la description du problème et du modèle bio-psycho-social d'apparition et de maintien, nous traiterons dans les chapitres suivants du diagnostic et des interventions de manière plus approfondie.

3.6 Références

- Akiba M, LeTendre GK, Baker DP, Goesling B. Student victimization: national and school system effects on school violence in 37 nations. *Am Educ Res J* 2002; 39:829-53.
- Andreo C. Déviance scolaire et contrôle social, une ethnographie des jeunes à l'école. Villeneuve d'Ascq. Presses Universitaires du Septentrion 2005.
- Andreo C. Surveillance et contrôle des jeunes des quartiers populaires sur une plage marseillaise à la fin des années 1990. *Genèses* 2007; 67(2):89-108.
- Ansink BJJ, Aldenkamp AP. *Klinische neuropedagogiek*. Garant ed. Leuven, Apeldoorn;1993.
- Aouizerate B, Guehl D, Cuny E, Rougier A, Bioulac B, Tignol J et al. Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Prog Neurobiol* 2004; 72(3):195-221.
- Archie J. Time-out. Op zoek naar een uitweg voor jongeren in een moeilijke schoolse situatie. Niet gepubliceerd verslag. Waregem: VCLB Weimeersen; 2007.
- Baddeley A. *Working memory*. ed. Oxford (UK) Clarendon Press; 1986.
- Baker LA, Bezdjian S, Raine A. Behavioral genetics: the science of antisocial behavior. *Law Contemp Probl* 2006; 69(1-2):7-46.
- Barkley RA. *Child psychopathology*. New York: Guilford; 2003.
- Becker HS. *Outsiders, études de sociologie de la déviance*. Paris: Métailié; 1985.
- Berry J, Poortinga Y, Segal M, Dasen P. *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- Bongers IL, Koot HM, van der Ende J, Verhulst FC. Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Dev* 2004; 75(5):1523-37.

- Bourdieu P. La misère du monde, Paris, coll. "Libre Examen" Paris: Seuil; 1993.
- Bourgois P. Crack in Spanish Harlem, culture and economy in the Inner City *Anthropol Today* 1989; 5(4).
- Bourgois P. En quête de respect, le crack à New York. Paris: Seuil; 2001.
- Bowker P. Predicting friendship stability during the early adolescence. *J early adolesc* 2004; p. 24.
- Bowlby J. Attachment and loss. London: Hogarth Press; 1969.
- Bowlby J. Attachment and loss. London: Hogarth Press; 1973.
- Bowlby J. Attachment and loss. London: Hogarth Press; 1980.
- Bowlby J. A secure base. London: Routledge; 1988.
- Bruyninckx W. Oppositioneel opstandig en antisociaal gedrag bij pubers. *Psychopraxis* uitgave 2003.
- Buidin G, Petit S, Galand B, Philippot P, Born M. Violences à l'école: Enquête de victimisation dans l'enseignement secondaire de la Communauté française de Belgique. Etude interuniversitaire commanditée par le Ministère de la Communauté française de Belgique. Louvain-la-Neuve: Université Catholique de Louvain; 2000.
- Burssens D, Vettenburg N, Walgrave L. Hergo op school; Herstelgerichte antwoorden op tuchtproblemen in de school. Herstelgericht groepsoverleg als case-study. (OBPWO 01.01). Leuven: K.U.Leuven; 2004.
- Button TM, Rhee SH, Hewitt JK, Young SE, Corley RP, Stallings MC. The role of conduct disorder in explaining the comorbidity between alcohol and illicit drug dependence in adolescence. *Drug Alcohol Depend* 2007; 87(1):46-53.
- Button TM, Scourfield J, Martin N, Purcell S, McGuffin P. Family dysfunction interacts with genes in the causation of antisocial symptoms. *Behav Genet* 2005; 35(2):115-20.
- Chamboredon C. La délinquance juvénile, essai de construction d'objet. *Rev fr sociol*, 1971; XII:335-77.
- Clément ME, Bouchard C. Liens intergénérationnels des conduites parentales à caractère violent: recension et résultats empiriques. *Rev de psychoéduc* 2003; 32:49-7.
- Cozolino L. The neuroscience of human relationship. New York 2006.
- Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Editions Odile Jacobs; 1999.
- Cyrulnik B. Les vilains petits canards. Editions Odile Jacobs; 2001.
- Demeter G, Csigo K, Harsanyi A, Nemeth A, Racsmány M. [Impaired executive functions in obsessive compulsive (OCD). Review]. *Psychiatr Hung* 2008; 23(2):85-93.

- Depreeuw E. Groepstherapeutische behandeling van faalangst: leren falen. Handboek Groepspsychotherapie, C3. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2003.
- Devine J. Les détecteurs de métaux vont-ils remplacer le Panopticon ? La violence dans les écoles des quartiers défavorisés de New York. Lien Social et Politiques - RIAC - Revue internationale d'action communautaire. 1996; p. 167-84.
- Devine J. Maximum security, the culture of violence in inner-city schools Chicago: University of Chicago Press; 1996.
- Dubet F. La galère, jeunes en survie. Paris: Fayard; 1987.
- Dumas A. Psychopathologie de l'enfant et l'adolescent. De Boeck; 2007.
- Duprez D, Kokoreff M. Usages et trafics de drogues en milieux populaires. Déviance et société. 2000; p. 143-66.
- Earls F, Carlson M. The social ecology of child health and well-being. Annu Rev Public Health 2001; 22:143-66.
- Elliot D, Hamburg B, Williams K. Violence in American schools. A new perspective New York: Cambridge University Press.
- Erickson M, editor. The biology of maternal-infant bonding, parental leave policies and the prevention of child abuse. Communication. WPA Congress Firenze; 2009.
- Farrington DP, Lambert S, West DJ. Criminal careers of two generations of family members in the Cambridge study in delinquent development. Studies on crime and crime prevention 1998; p. 85-106.
- Felner RD, Brand S, DuBois DL, Adan AM, Mulhall PF, Evans EG. Socioeconomic disadvantage, proximal environmental experiences, and socioemotional and academic adjustment in early adolescence: investigation of a mediated effects model. Child Dev 1995; 66(3):774-92.
- Fletcher JM, Taylor HG. Neuropsychological approaches to children: towards a developmental neuropsychology. J Clin Neuropsychol 1984; 6(1):39-56.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of self. New York: Other Press; 2002.
- Foote Whyte W. Street corner society, la structure sociale d'un quartier italo-américain. Paris: La Découverte; 2002.
- Gaubert C, Badauds, manifestants, casseurs, formes de sociabilité, ethos de virilité et usages des manifestations. Sociétés contemporaines 1995; 21:103-18.
- Galand B, Lecocq C, Philippot P. School violence and teacher professional disengagement. Br J Educ Psychol 2007; 77(Pt 2):465-77.
- Galand B, Macquet D, Philippot P. Vision de l'école et facteurs liés à l'absentéisme dans une population d'élèves à risque de décrochage. Bulletin de Psychologie Scolaire et d'Orientation. 2000; 49, 27-45.

- Galand B, Philippot P, Frenay M. Structures de buts, relations enseignants-élèves et adaptation scolaire des élèves: Une analyse multiniveaux. Rev fr pédagog 2006; 155:57-72.
- Galand B, Philippot P, Buidin G, Lecocq C. Violences à l'école en Belgique francophone: différences entre établissements et évolution temporelle. Rev fr pédagog 2004; 149:83-96.
- Galand B, Philippot P, Petit S, Born M, Buidin G. Regards croisés sur les phénomènes de violence en milieu scolaire: élèves et équipes éducatives. Rev sciences éduc 2004; 30(465-86).
- Ge X, Conger RD, Cadoret RJ, Neiderhiser JM. The developmental interface between nature and nurture: a mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. Dev Psychol 1996; p. 574-89.
- Geurts HM, Verté S, Oosterlaan J, Roeyers H, Sergeant J. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45(4):836-54.
- Geurts HM, Verte S, Oosterlaan J, Roeyers H, Sergeant JA. ADHD subtypes: do they differ in their executive functioning profile? Arch Clin Neuropsychol 2005; 20(4):457-77.
- Gottfredson DC. Schools and delinquency. Cambridge: University Press; 2001.
- Guth S. Ordre et désordre dans les quartiers de rue. Rev fr sociol 1996; XXXVII:607-23.
- Jamouille P. La débrouille des familles, récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risque. Oxalis, Bruxelles: De Boeck; 2002.
- Jamouille P. L'école de la rue. La matière et l'esprit 2005; 2:21-38.
- Jamouille P. Des hommes sur le fil, la construction de l'identité masculine en milieux précaires. Paris: La Découverte; 2005.
- Jimerson S, Morrison G, Pletcher S, Furlong M. Youth engaged in antisocial and aggressive behaviour: who are they? Handbook of school violence and school safety. From research to practice (3-20). Hillsdale NJ: Laurence Erlbaum: Jimerson & Furlong; 2006.
- Kalff A, Hendriksen J, Kroes M, et al. J Abnormal Child Psychol 2002; 30(6):589-98.
- Kaplan H, Hadock B. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Clin Psychiatry Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Kempes M, Matthys W, de Vries H, van Engeland H. Reactive and proactive aggression in children--a review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005; 14(1):11-9.
- Kinsey R. "Les plus belles années de votre vie?". Déviance soc 1994; 18(1):55-88.

- Huesmann LR, Eron LD, Lefkowitz MM, Walder LO. Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 1984; 20:1120-34.
- INSERM - Institut National de la Santé et de la recherche médicale. Ordre et désordre dans les quartiers de rue. *Rev fr sociol* 1996; XXXVII:607-23.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, Williams B, Newcombe R, Craig IW, et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2006; 11(10):903-13.
- Kingston L, Prior M. The development of patterns of stable, transient, and school-age onset aggressive behavior in young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(3):348-58.
- Kratzer L, Hodgins S. Adult outcome of child conduct problems: A cohort study. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25:65-81.
- Lafosse C. Diagnostiek in de neuropsychologie: gewikt en gewogen. *Tijdschr Klin Psychol* 2008; 38(1):66-9.
- Lecocq C, Hermesse C, Galand B, Lembo B, Philippot P, Born M. Violence à l'école: enquête de victimation dans l'enseignement secondaire de la Communauté française de Belgique. Etude interuniversitaire commanditée par le Ministère de la Communauté française de Belgique. Louvain-la-Neuve: Université Catholique de Louvain; 2003.
- Le Gall L. Le rôle du nouveau père Paris. *Europ Science Foundation*; 1972.
- Lepoutre D. Action ou vérité. Notes ethnographiques sur la socialisation sexuelle des adolescents dans un collège de banlieue. *Ville-École-Intégration*; 1999 March.
- Lepoutre D. La photo volée. Les pièges de l'ethnographie en cité de banlieue. *Ethnol fr* 2000; p. 89-101.
- Lepoutre D. Cœur de banlieue, codes, rites et langages. Paris: Poches Odile Jacob; 2001.
- Legrand LN, Keyes M, McGue M, Iacono WG, Krueger RF. Rural environments reduce the genetic influence on adolescent substance use and rule-breaking behavior. *Psychol Med* 2008; 38(9):1341-50.
- MACMH - Minnesota Association for Children's Mental Health. 2007.
- Main M, Hesse E. Parent's unresolved traumatic experience In: in Greenberg MT.
- Main M, Hesse E. Disorganised /disoriented child in the strange situation. *Attachment and psycho-analysis*. Roma: Laterza; 1992.
- Mauger G. Les bandes de jeunes: "des blousons-noirs aux loubards", "Jeunesses en rupture: dupes ou prophètes". *Autrement* 1975; 1:37-43.
- Mauger G. "Les mondes des jeunes". *Sociétés contemporaines* 1996; 21:5-15.

- Mauger G. "Culture(s) de rue", Sociogénèse et transformations des carrières déviantes In: Callue E, Jurmand J-P, Vulbeau A, editors. La place des jeunes dans la cité, tome 2, Espaces de rue, espaces de paroles. Paris: Harmattan; 2005. p. 277-306.
- Mauger G, Fossé-Pollak C. "Les loubards". Actes rech sci soc 1983; 50:49-67.
- Masten AS, Roisman GI, Long JD, Burt KB, Obradovic J, Riley JR, et al. Developmental cascades: linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. Dev Psychol 2005; 41(5):733-46.
- McBurnett K, Raine A, Stouthamer-Loeber M, Loeber R, Kumar AM, Kumar M, et al. Mood and hormone responses to psychological challenge in adolescent males with conduct problems. Biol Psychiatry 2005; 57(10):1109-16.
- Miller B, Cummings J. The human frontal lobes. New York: The Guilford press; 2007.
- Monod J. Les barjots, essai d'ethnologie des bandes de jeunes. Paris: Hachette; 2006.
- Moore TM, Scarpa A, Raine A. A meta-analysis of serotonin metabolite 5-HIAA and antisocial behavior. Aggress behav 2002; 28(4):299-316.
- Mucchielli L. Quelques réflexions critiques sur la "psychopathologie des banlieues". VEI Enjeux 2001; 126:102-14.
- Muris P, Ollendick TH. The role of temperament in the etiology of child psychopathology Clin Child Fam Psychol Rev 2005; 8(4):271-89.
- Murphy M, Wolkind S. The role of the child and adolescent psychiatrist..Unwilling to school. In: Berg P, Nursen P, Kahn J, editors: RCPsych; 1996. p. 129-55.
- Oliver A, Johnson M, Karmiloff-Smith A, Pennington B. Deviations in the emergence of representations: a neuroconstructivist framework for analyzing developmental disorders. Dev Sci 2000; p. 1-40.
- Olweus D. Bullying at school: what we know and what we can do. Cambridge: Blackwell; 1993.
- Oosterlaan J, Scheres A, Sergeant J. Which executive functioning deficits are associated with AD/HD, ODD/CD and comorbid AD/HD+ODD/CD. J Abnorm Child Psychol 2005; 33(1):69-85.
- Ortiz J, Raine A. Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: a meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(2):154-62.
- Owens EB, Shaw DS. Predicting growth curves of externalizing behavior across the preschool years. J Abnorm Child Psychol 2003; 31(6):575-90.
- Pajer K, Stouthamer-Loeber M, Gardner W, Loeber R. Women with antisocial behaviour: long-term health disability and xxxx.
- Patterson G, Forgatch M. Parents and adolescents living together. Eugene: Castalia; 1987.

- Payet J-P. Collèges de banlieue, ethnographie d'un monde scolaire. Paris: Méridiens Klincksieck; 1995.
- Peeters J. Moeilijke adolescenten. Leuven: Garant; 1995.
- Peeters J. Gedraag je of Antisociaal gedrag: een overzicht en enkele voorstellen. Caleidoscoop 1998.
- Pennington B. The development of psychopathology. New York: The Guilford Press; 2002.
- Popma A, Jansen LM, Vermeiren R, Steiner H, Raine A, Van Goozen SH, et al. Hypothalamus pituitary adrenal axis and autonomic activity during stress in delinquent male adolescents and controls. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31(8):948-57.
- Prins P. Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een niet-aangeboren hersenletsel. Handboek posttraumatische stoornissen bij kinderen met een niet-aangeboren hersenletsel. Vandermeulen, Ansink, Defares, ed. Utrecht: De Tijdstroom; 1997. p.249-55.
- Raine A. Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: a review. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30(4):311-26.
- Raine A. Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43(4):417-34.
- Raine A, Lencz T, Bihrlé S, LaCasse L, Colletti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(2):119-27; discussion 28-9.
- Rapin J. Children with brain dysfunction; neurology, cognition, language and behavior. New York: Raven Press ed.; 1982.
- Rhee SH, Waldman ID. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Bull* 2002; 128(3):490-529.
- Roskam I, Meunier J-C, Stievenart M, Van de Moortele G. Linking children's personal characteristics, externalizing behavior and relationships in family and social environments: some developmental cascades. In F. Columbus (Ed), *Psychology of relationships*. New York: Nova Science edition; 2009.
- Rourke BP, Furst DR. Psychosocial dimensions of learning disability subtypes: neuropsychological studies in the Windsor Laboratory School. *Psychol Rev* 1992; 21:360-73.
- Routh D, Daugherty R. Conduct disorder. In: S. Hooper, G. Hynd, R. Mattison, editors. *Child psychopathology Diagnostic criteria and clinical assessment*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum; 1992. p. 107-36.

- Rubin KH, Burgess KB, Dwyer KM, Hastings PD. Predicting preschoolers' externalizing behaviors from toddler temperament, conflict, and maternal negativity. *Dev Psychol* 2003; 39(1):164-76.
- Rutter M. Syndromes attributed to "minimal brain dysfunction" in childhood. *Am J Psychiatry* 1982; 139(1):21-33.
- Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997; 277(5328):918-24.
- Sauvadet T. *Le capital guerrier, concurrence et solidarité entre jeunes de cité*. Paris: Armand Colin; 2006.
- Scholte, EM. Psychosociale achtergronden van agressie bij jeugdigen. In: P.B. Defares en J.D. van der Ploeg (red.): *Agressie; determinanten, signalering en interventie*. Assen-Maastricht: Van Gorcum; 1991.
- Schore A. *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton; 2003.
- Schwartz MF, Montgomery MW, Buxbaum LJ, Lee SS, Carew TG, Coslett HB, et al. Naturalistic action impairment in closed head injury. *Neuropsychology* 1998; 12(1):13-28.
- Seargent J, Geurts HM, Oosterlaan J. How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav Brain Res* 2002; 130:3-28.
- Shaw DS, Lacourse E, Nagin DS. Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *J Child Psychol Psychiatry* 2005; 46(9):931-42.
- Siegel A, Bhatt S, Bhatt R, Zalcman SS. The neurobiological bases for development of pharmacological treatments of aggressive disorders. *Curr Neuropharmacol* 2007; 5(2):135-47.
- Simpson AR. *Raising Teens: a synthesis of research and a foundation for action*. Boston: 2001.
- Slot N, Spanjaard H. *Ontwikkelingstaken voor ouders van jonge kinderen. Het competentiemodel en gezinsgerichte hulpverlening*. Jeugd en samenleving 1996; 1:3-19.
- Smeekens S, Riksen-Walraven JM, van Bakel HJ. Multiple determinants of externalizing behavior in 5-year-olds: a longitudinal model. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35(3):347-61.
- Smith CA, Farrington DP. Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45(2):230-47.
- Snoek H, Van Goozen SH, Matthys W, Buitelaar JK, van Engeland H. Stress responsivity in children with externalizing behavior disorders. *Dev Psychopathol* 2004; 16(2):389-406.
- Spreen O, Risser A, Edgell D. *Developmental neuropsychology*. New York: Oxford University Press; 1995.

- Sroufe L. Emotional development. Cambridge University press; 1996.
- Stern D. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Book; 1985.
- Stern D. The motherhood. New York: Basic Book; 1995.
- Stevens V, Van Oost P. Pesten op school. Een actieprogramma. Antwerpen: Garant; 1994.
- Stuss D. New approaches to prefrontal lobe testing (Eds). The human frontal lobes. New York: The Guilford press. In: Miller B, Cummings J, editors. New York 2007; p. 292-305.
- Stuss D, Alexander M. The anatomical basis of affective behaviour, emotion and self-awareness: a specific role of the right frontal lobe In: Hatano G, Okada N, Tanabe N, editors. The 13th Toyota Conferenc. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 13-25.
- Stuss DT, Alexander MP, Hamer L, Palumbo C, Dempster R, Binns M, et al. The effects of focal anterior and posterior brain lesions on verbal fluency. J Int Neuropsychol Soc 1998; 4(3):265-78.
- Stuss DT, Bisschop SM, Alexander MP, Levine B, Katz D, Izukawa D. The Trail Making Test: a study in focal lesion patients. Psychol Assess 2001; 13(2):230-9.
- Stuss DT, Stethem LL, Hugenholtz H, Picton T, Pivik J, Richard MT. Reaction time after head injury: fatigue, divided and focused attention, and consistency of performance. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1989; 52(6):742-8.
- Stuss T, Pogue J, Buckle L, Bondar J. Characterization of stability of performance in patients with traumatic brain injury: variability and consistency on reaction time tests. Neuropsychology 1994; 8:316-24.
- Swanson J, Oosterlaan J, Murias M, Schuck S, Flodman P, Spence MA, et al. Attention deficit/hyperactivity disorder children with a 7-repeat allele of the dopamine receptor D4 gene have extreme behavior but normal performance on critical neuropsychological tests of attention. Proc Natl Acad Sci U S A 2000; 97(9):4754-9.
- Tafferant N. "Les vertus du bizness", n°32, janvier-mars 2006, p. 12-15. Nouveaux regards 2006; (32):12-5.
- Tijdschrift Klinische Psychologie 2006; 36:221-8.
- Tremblay RE, Hartup WW, Archer J. The developmental origins of aggression. New York: Guilford Press; 2005.
- Trevarthen C. The development of the intersubjectivity, in Olson, D.R., Norton, New York. The social foundation of the language and thought, 1980.
- Trevarthen C. The self born in the intersubjectivity. New York: Cambridge university press; 1993.

- Troyer AK, Moscovitch M, Winocur G, Alexander MP, Stuss D. Clustering and switching on verbal fluency: the effects of focal frontal- and temporal-lobe lesions. *Neuropsychologia* 1998; 36(6):499-504.
- Tuvblad C, Zheng M, Raine A, Baker LA. A common genetic factor explains the covariation among ADHD ODD and CD symptoms in 9-10 year old boys and girls. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37(2):153-67.
- Vaissière C. « Les sociabilités adolescentes dans les quartiers difficiles ». *VEI Enjeux* 2002; 128:33-45.
- Van de Wiel NM, van Goozen SH, Matthys W, Snoek H, van Engeland H. Cortisol and treatment effect in children with disruptive behavior disorders: a preliminary study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(8):1011-8.
- Vanspringel K. Naar een geweldarme school. Een innoverend project. *Psychologos* 2007; p. 22-43.
- Van Waterschoot T, Noorduin C, Swinnen H, Van Asch E. Het PrOS-project: een alternatief ambulant hulpverleningsmodel voor probleemgedrag op school, 2006.
- Van Wonderen R, Klein T. Agressie en geweld in het onderwijs. Is de school een veilige haven? Leiden: Research voor Beleid in opdracht van het Ministerie van OCW; 2004.
- Vettenburg N, Elchardus, M. & Walgraven, L. Jongeren van nu en straks. Overzicht en synthese van recent jeugdonderzoek in Vlaanderen. Tiel: Lannoo; 2006.
- Viding E, Jones AP, Frick PJ, Moffitt TE, Plomin R. Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter? *Dev Sci* 2008; 11(1):17-22.
- Vienne P. "Violences à l'école. Neuf approches qualitatives". *Matière esprit* 2005; p. 2-3.
- Vienne P. "École et violences: du bricolage local aux tentations sécuritaires". *Diversité (anc VEI Enjeux)* 2006; (147):89-95.
- Vienne P. Comprendre les violences à l'école, coll. "Pratiques pédagogiques", deuxième édition revue et actualisée. Bruxelles: de Boeck; 2008.
- Vienne P. Au bonheur des experts, une analyse critique des réseaux d'experts de la violence scolaire. Paris: Syllepse; 2009.
- Vitaro F, Brendgen M, Barker E. Subtypes of aggressive behaviors: a developmental perspective. *Int J of Behav Dev* 2006; 30:12-9.
- Vloet TD, Konrad K, Huebner T, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B. Structural and functional MRI-findings in children and adolescents with antisocial behavior. *Behav Sci Law* 2008; 26(1):99-111.
- Wacquant L. Le gang comme prédateur collectif. *Actes rech sci soc* 1994; 101/102:88-100.
- Wacquant L. *Parias urbains, ghetto, banlieues, état*. Paris: La Découverte; 2005.

- Walgrave L. Geweld op school. Onveiligheid en onveiligheidsgevoelens. Brussel, Dep. Onderwijs, OBPWO 98.04 2001.
- Webster-Stratton C, Dahl R. Conduct disorder. Advanced abnormal child psychology. In M. Hersen & R. Ammerman ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum; 1995.
- Welzer-Lang D. Virilité et virilisme dans les quartiers populaires en France. VEI Enjeux 2002; 128:10-31.
- Wilson SJ, Lipsey MW. The effectiveness of school-based violence prevention programs for reducing disruptive and aggressive behavior: a meta-analysis. Intern J on violence and schools 2006; 1:38-50.
- Winter J-P. Tentative de “viologie”. De la violence II. Séminaire de Françoise Héritier. In: Jacob O, editor. Paris; 1999. p. 269-88.
- Zecca M. Instituts de rééducation et “troubles du comportement” comme symptômes du vacillement des repères anthropologiques et politiques. VEI Enjeux 2001; 126:115-30.
- Zoccolillo M, Pickles A, Quinton D, Rutter M. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. Psychol Med 1992; 22(4):971-86.

4. DIAGNOSTIC

4.1 Introduction

Un diagnostic poursuit en règle générale plusieurs objectifs. Il est notamment réalisé pour se forger une opinion scientifique (Celestin-Westreich & Celestin, sous presse):

- a) sur la présence ou l'absence de problèmes chez l'enfant;
- b) sur l'intensité et la nature de ces problèmes ainsi que sur les motifs éventuels, les facteurs en cause, de maintien ou protecteurs, notamment dans un contexte familial ou plus large;
- c) en partant de a et b, sur la nature et la forme d'intervention ou d'accompagnement souhaitable afin d'aider l'enfant ou l'adolescent et son entourage à résoudre les difficultés constatées ou à s'en accommoder.

Cela sous-entend en fait que le diagnostic de trouble des conduites chez l'enfant comporte un volet à la fois descriptif et explicatif et aboutit en outre à des pistes pertinentes pour l'accompagnement.

4.2 Diagnostic descriptif

4.2.1 Directives (bonnes pratiques)

Le diagnostic descriptif comprend tout d'abord une *classification catégorique* des signaux comportementaux perceptibles de l'enfant afin de les organiser en un tout cohérent de caractéristiques identifiées comme trouble des conduites. La description catégorique repose de préférence sur les critères des *systèmes internationaux de classification* tels que le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) ou l'*International Classification of Diseases* (ICD) afin d'assurer la continuité de la communication entre les prestataires de soins (APA, 1994, 2000; WHO, 2005, 2007) (voir critères ci-dessus). En soi, cette classification se limite toutefois à un principe de présence ou d'absence de symptômes. C'est la raison pour laquelle elle doit être complétée par une description dimensionnelle laissant la place à une estimation de l'intensité des manifestations comportementales directement pertinente pour la pratique clinique et la planification des interventions.

4.2.2 Méthode

Pour garantir la fiabilité et la validité du diagnostic classifiant, il est préférable de faire appel à des interviews cliniques (semi)structurées spécialement conçues à cet effet, tels que notamment le *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) et le *Structured Interview for Diagnostic Assessment of Children* (SIDAC, une adaptation du Kiddie-SADS pour le DSM-IV) (Orvaschel & Puig-Antich, J, 1994; Puig-Antich & Chambers, 1978; Shaffer et al., 2000). Pour certaines de ces interviews, des adaptations en néerlandais et parfois en français sont disponibles (p. ex. Breton et al., 1998; Kasius, 1993). Un tel mode opératoire offre l'avantage de compléter le diagnostic purement catégorique par des informations dimensionnelles et liées au développement et en outre de mettre en évidence des différences potentielles en fonction de la personne interviewée (parent ou enfant) (voir également 4.3.1).

4.2.3 Limites

Un diagnostic purement classifiant des troubles des conduites chez les adolescents selon le DSM-IV ou l'ICD est toutefois insuffisant. Même sur le plan descriptif, il connaît des limites inhérentes à la structure actuelle de ces classifications (il faut toutefois signaler que la révision du DSM prévoit des modifications à ce sujet). Elles reflètent de manière insuffisante notamment la variabilité (précoce) du développement et tous les symptômes se voient attribuer le même poids alors que différents comportements n'ont, dans la pratique (clinique),

pas le même impact ni les mêmes implications pour l'enfant et son entourage. L'essentiel est qu'il ne reste que descriptif. **Pour comprendre ce qui se passe et comment l'enfant et généralement la famille peuvent être aidés, le diagnostic doit tenir compte de la réalité bio-psycho-sociale du trouble des conduites** (Achenbach & Rescorla, 2007; Castellanos, 2008; Celestin-Westreich & Celestin, in press; Cummings, Davies & Campbell, 2002; Zero to Three, 2005).

4.3 Evaluation selon le modèle bio-psycho-social

4.3.1 Directives (bonnes pratiques)

Les directives « bonnes pratiques » pour l'évaluation diagnostique des troubles des conduites chez les adolescents recommandent une approche *multi-agent, multi-method*. Bien que celle-ci ne soit pas spécifique pour les seuls problèmes comportementaux, elle connaît une pertinence particulière vu la nature multifactorielle inhérente à cette problématique. Les arguments et les implications de fond et méthodologiques sont résumés ci-dessous. (cf. introduction et suite de ce rapport).

Tout d'abord, ces directives sont dictées par la constatation que l'existence, le développement et le maintien des troubles des conduites chez les enfants et adolescents sont de nature multidimensionnelle (Barkley, 2006 ; Hendren, 1999; INSERM, 2005). Il en découle, en toute logique, qu'une estimation sérieuse de la problématique requiert une évaluation systématique des divers facteurs d'influence possibles qu'elle implique. Plus précisément, il est rarement possible d'avancer une seule cause pour l'apparition d'un trouble des conduites. La conjonction des caractéristiques de l'environnement personnel, familial et autre dans l'évolution des troubles des conduites chez un adolescent, doit être correctement prise en compte, de même qu'un niveau élevé de comorbidité. Celle-ci concerne principalement l'abus de substances (assuétudes) et le TDAH, mais également, par exemple, les troubles liés au stress post-traumatique ainsi que la dépression. Le diagnostic différentiel doit, outre les troubles oppositionnels, faire aussi la distinction entre, notamment, l'apparition d'un trouble bipolaire (précoce) et une dépression non identifiée (Barkley, 2006; INSERM, 2005; Steiner & Rensing, 2007).

Il faut également considérer la dimension sociale du concept de trouble des conduites. Un problème de conduite se définit, de manière plus spécifique, par rapport à un contexte social bien déterminé en matière de règles, de valeurs et de normes. Une évaluation diagnostique claire des difficultés comportementales devra donc prêter attention à la zone de tension potentielle entre les possibilités de développement individuel de l'enfant et de l'adolescent et ses limites (en ce compris le contexte socioculturel propre) par rapport à son encadrement social (surtout pendant la puberté et l'adolescence) (CCNE, 2007 ; Kirmayer, 2005; TDMHDD, 2007 ; Vercaigne et al., 2001).

Enfin, l'état des connaissances actuelles confirme la nécessité d'identifier non seulement les facteurs de risque mais également les sources de résistance au moment de l'évaluation de l'indication d'aide possible. Les modèles de développement multimodaux mettent en particulier l'accent sur la nécessité d'acquiescer une vue d'ensemble de la dynamique mentale de l'adolescent et de son entourage. L'estimation diagnostique des processus tels que la gestion des difficultés (*coping*) et la régulation cognitive-émotionnelle comporte des notions fondamentales favorisant un planning d'intervention et de prévention (Barkley, 2006; Celestin & Celestin-Westreich, 2008 ; Cummings et al., 2002; Edwards et al., 2007; Mumford & Serra-Rolden, 2007; TDMHDD, 2007; WHO, 2005). Il faut souligner que cette méthode tient aussi directement compte de la plasticité du processus de développement. Autrement dit, une telle approche diagnostique vise à éviter le déterminisme et à renforcer les possibilités de changements.

4.3.2 Méthodologie

La spécificité du processus diagnostique chez les adolescents se fait, en plus, sentir fortement dans le cadre des troubles des conduites. Celle-ci peut être résumée dans le tryptique suivant (Celestin-Westreich & Celestin, in press):

- L'adolescent se retrouve dans une position de dépendance envers ses parents (comprenez, adultes compétents).
- La plupart du temps, une discordance existe entre, d'une part, les plaintes et demandes d'aide du/des notifiant(s) (cf. les adultes compétents) et d'autre part, celles de l'adolescent lui-même.
- L'adolescent est limité en matière d'aptitudes expressives et métacognitives, inhérentes à sa phase de développement.

Cette complexité implique la recherche systématique d'informations avant l'évaluation d'un trouble des conduites :

- de plusieurs informateurs : l'enfant ou l'adolescent lui-même, les parents et éventuellement des tiers importants (par exemple, l'école) ;
- par le biais de différentes méthodes fondées (adaptées à la nature et l'âge de l'informateur) ;
- dans divers contextes (par exemple à la maison, à l'école, au sein d'un réseau social).

4.3.3 Etat actuel des choses (diagnostic en pratique)

Bien qu'il soit nécessaire d'effectuer des études à plus grande échelle sur les besoins diagnostiques en Belgique, les expériences sur le terrain et quelques recensements systématiques mènent à une série de constatations (Germeijs et al., 2003; ITC, 2000; Vlaams Forum Diagnostiek, 2007).

Dans la pratique, il est souvent difficile d'appliquer la meilleure des « bonnes pratiques » (*Best Practices*). Le temps et d'autres obstacles concrets mettent le plus souvent un frein à l'application d'un bilan diagnostique complet. Les évolutions sociales tendent aussi vers une approche diagnostique qui doit répondre à des impératifs économiques (notamment au niveau de la rapidité et de l'efficacité).

Dans la réalité, il ressort que le diagnostic formel des troubles des conduites chez les enfants et adolescents se base trop souvent sur un minimum de données. Il convient de souligner qu'il existe d'importantes discordances entre les centres spécialisés quant à la méthode de travail. Ces divergences ne dépendent pas uniquement de la philosophie et des objectifs des centres, mais également dans une large mesure des moyens disponibles en termes de matériel et de personnel. Etablir un diagnostic exige temps, formation et personnel.

C'est la raison pour laquelle les centres universitaires utilisent souvent des processus et des moyens diagnostiques étendus. Cependant, les services d'aide aux familles d'accueil déclarent ne pas disposer des possibilités qui permettraient d'établir systématiquement un diagnostic explicite, malgré la place importante qu'occupe la problématique des troubles des conduites chez les enfants et adolescents dans ce contexte. Dans une enquête réalisée auprès de collaborateurs du CLB en 2001, 25% des personnes interrogées signalent la nécessité d'avoir des instruments d'évaluation du comportement mais l'évaluation

comportementale systématique couvre en fait seulement 12 % du diagnostic formel (Germeijs et al., 2003).

En résumé, malgré toutes les recommandations et avancées scientifiques, le manque de diagnostic formel quant au fonctionnement comportemental reste fréquent. Un document de travail récent proposant un plan d'action du *Vlaams Forum voor Diagnostiek* dans le but d'inscrire le diagnostic à l'agenda politique, reprend les principaux points noirs en cette matière. Ceux-ci comprennent notamment un manque d'harmonisation intersectorielle quant aux processus et moyens diagnostiques tout comme un faible soutien aux scientifiques pour le développement de tests (Vlaams Forum Diagnostiek, 2007).

4.3.4 Recommandations

Concilier les directives « bonnes pratiques » et la pratique réelle de terrain reste sans aucun doute un défi. Cependant, l'approche scientifiquement fondée peut être traduite en un certain nombre de recommandations dans le cadre desquelles l'application d'un arbre décisionnel peut contribuer à l'élaboration d'exigences pragmatiques pour le diagnostic du trouble des conduites. De notre discussion ressortent les directives suivantes en matière de processus diagnostique, de méthode et/ou d'instruments en tenant compte de tous les domaines du développement impliqués dans le trouble des conduites.

Il s'agira tout d'abord **d'établir l'existence et la gravité du trouble des conduites chez l'adolescent**. Il est donc préférable que la phase diagnostique initiale soit de nature descriptive afin de vérifier absolument dans quelle mesure les conditions des critères correspondant à un trouble des conduites sont rencontrées. Outre l'application citée précédemment de systèmes de classification validés au niveau international (tels que le DSM-IV), des questionnaires à large spectre (tels que le système ASEBA) sont utiles au niveau de cette phase de screening et de description (Achenbach & Rescorla, 2007 ; Barkley, 2006).

Ensuite, **les aspects de développement et de processus méritent d'être évalués davantage** afin de se forger une opinion tant sur les facteurs de causalité que sur les facteurs de maintien des troubles des conduites et de trouver des pistes ciblées. Bien que le principe multi-axial du DSM-IV suggère la nature pluridimensionnelle du trouble des conduites, les modalités nécessaires à une évaluation approfondie de celui-ci ne sont pas élaborées dans le système de classification. Il faut dès lors, à l'aide d'autres méthodes, acquérir une meilleure idée des aspects dynamiques comme les attributions personnelles, le contrôle cognitif et la régulation émotionnelle, le répertoire de gestion des difficultés, la capacité de résilience de l'adolescent et des adultes impliqués (cf. les parents) et des proches éventuels (par exemple, frères et sœurs, enseignants, tiers importants). Ceci peut être réalisé comme suit (Barkley, 2006 ; Celestin-Westreich & Celestin, 2008 in press ; Esmeijer et al., 1999; Hendren, 1999; ITC, 2000; INSERM, 2005; Kirmayer, 2005;; Steiner & Remsing, 2007).

a) Dimensions personnelles:

Un diagnostic individuel fait, par définition, partie du processus car les caractéristiques personnelles s'avèrent être un indicateur précoce de risque du développement de troubles des conduites.

Le développement de l'enfant (du stade pré- et périnatal jusqu'à l'adolescence) **doit être examiné sous tous les angles** (par le biais des parents, éventuellement du jeune et par une hétéroanamnèse), y compris les aspects somatiques ou neurologiques susceptibles de constituer des facteurs de risque ou d'émergence. Une anamnèse structurée du développement, éventuellement sous forme d'un questionnaire à remplir soi-même, fait normalement partie intégrante d'un examen diagnostique.

Dans le cadre d'un trouble des conduites, l'enfant ou l'adolescent est généralement considéré comme un informateur moins fiable que les parents ou d'autres adultes (contrairement à l'anxiété ou à la dépression, par exemple). Dans ce contexte, il convient de faire certaines remarques:

- **Evaluer le *niveau intellectuel*** de fonctionnement est fondamentale pour pouvoir cadrer de manière adéquate les possibilités et les limites de l'enfant et de l'adolescent.
- **Connaître le *vécu mental***, la prise en charge et la régulation cognitivo-émotionnelle de l'adolescent est essentiel pour comprendre l'évolution, en d'autres termes la dynamique de risque-résilience, du trouble des conduites pour intervenir à partir de là.
- Etant donné que les troubles des conduites présentent également une **comorbidité substantielle avec le stress (post traumatique) et des problèmes d'intériorisation**, encore souvent méconnus dans ce contexte, ceux-ci méritent d'être évalués de manière systématique par l'adolescent lui-même qui, dans ce cas, est effectivement un informateur privilégié.

L'évaluation de la dimension individuelle ou personnelle exige ainsi également une *appréciation du risque et ce dès la phase initiale du diagnostic*. Il est évident qu'à partir de la puberté surtout, cette appréciation en cas de trouble des conduites concerne le risque de dangerosité pour autrui (passage à l'acte). Pour les raisons précitées, elle doit toutefois aussi comprendre un *screening* systématique et immédiat quant au risque de dangerosité pour soi (suicidalité).

Outre une interview (semi-)structurée, une observation et un test d'intelligence, différents instruments standardisés sont actuellement disponibles afin de vérifier de manière systématique les aspects plus dynamiques du fonctionnement de l'enfant, même à un très jeune âge (p. ex. questionnaires d'auto-évaluation sur la prise en charge, la valeur personnelle et le vécu de la compétence, l'expérience du stress, l'expression de soi relative à l'expérience personnelle et familiale).

Toutefois, ces instruments sont généralement en anglais à l'origine, parfois en néerlandais. Les adaptations publiées pour la population belge néerlandophone (normes flamandes) n'ont fait leur apparition que très récemment. De telles adaptations sont encore moins disponibles dans la région francophone. Il est donc recommandé de promouvoir le développement d'instruments standardisés qui sont valides, fiables et normés dans le contexte belge.

b) Dimensions familiales:

Aujourd'hui, l'importance de la famille et de l'environnement familial au sens large dans l'émergence et le maintien des troubles des conduites est amplement démontré. Les principaux facteurs d'influence à identifier systématiquement sont les suivants:

- **la charge familiale comme facteur de risque.** Il faut, de préférence, effectuer une interview (semi) structurée et une hétéroanamnèse permettant d'évaluer l'historique familial. L'approche systémique offre également une méthode utilisable dans ce contexte ;
- **les modèles de rôle, limites familiales, problématiques de coalition/loyauté;** dans ce cas, par exemple, on utilise généralement l'interview semi-structurée et l'observation ;
- **le fonctionnement de la famille**, en termes de schémas d'éducation, de stress parental en matière d'éducation. Les questionnaires standardisés et normalisés (néerlandophones) permettent d'identifier les aspects problématiques qui contribuent aux troubles des conduites. Plus l'enfant est jeune, plus l'impact de la famille est important. La fonction attribuée aux parents pour pouvoir intervenir est, de ce fait,

d'autant plus importante et exige une estimation adéquate des possibilités et limites qu'ils connaissent dans leur rôle d'éducateurs.

c) Environnement, contexte et culture:

Des événements stressants (repris éventuellement aussi sous a et b) **constituent des facteurs de risque pour les troubles des conduites**. Il est recommandé de le vérifier systématiquement (par exemple, grâce à une interview). Des instruments standardisés les reprennent de plus en plus souvent (surtout pour la région néerlandophone ; par exemple des questionnaires liés au stress post traumatique pour l'enfant et les parents. Ses effets peuvent avoir un impact sur le développement de l'enfant soit directement par des troubles des conduites soit indirectement par l'expérience vécue par l'enfant et la perturbation de la structure et de la résilience familiales).

Les difficultés d'adaptation et les discordances entre le processus d'identification personnelle de l'enfant et de l'adolescent et celui de la famille ainsi que le contexte socioculturel plus large représentent des facteurs de risque qui doivent être pris en compte. Les instruments standardisés dans ce domaine proviennent surtout de la région anglophone et étaient, jusqu'à présent, utilisés principalement à des fins de recherches. Il est souhaitable de procéder à des modifications et à des adaptations au contexte social belge à la lumière de la diversité socioculturelle qui caractérise aussi nos contrées aujourd'hui.

Les difficultés socio-économiques (problèmes de logement, d'argent etc.) constituent également autant de facteurs de risque substantiels à prendre en compte. En général, on utilise l'interview et/ou l'hétéro-anamnèse multidisciplinaire.

d) Dimensions socio-éthiques:

Etant donné que plusieurs symptômes ou critères descriptifs des troubles des conduites renvoient à un comportement illégal, la formulation de ce diagnostic suppose également, de la part de celui qui pose le diagnostic, un questionnement (critique) sur la finalité de l'évaluation.

Ainsi, tant la raison ou l'objectif de l'évaluation que les éventuelles limites relatives à la confidentialité des informations récoltées, doivent, à l'avance, être exposés clairement à tous les intéressés.

4.3.5 En conclusion

Dès que le diagnostic catégoriel est posé, il faut aussi identifier clairement d'autres facteurs tels que par exemple les éléments de risque et de résilience, les processus individuels et contextuels afin de déterminer des moyens de prévention et d'intervention.

Inhérente à cette approche est l'adaptation des méthodes diagnostiques en fonction de l'âge de l'enfant. Plus il est jeune, plus il est nécessaire de faire appel aux informations transmises par les parents. Avec l'âge, l'adolescent a davantage une position centrale en tant que partie « participante » (« acteur ») dans le processus diagnostique et d'intervention.

Il est en outre recommandé d'utiliser des instruments reconnus (tels que les interviews cliniques semi-structurées, les questionnaires standardisés et les tests de vécu) afin de minimiser la confusion possible avec les valeurs personnelles et les normes du clinicien lors de l'établissement du diagnostic d'un trouble des conduites.

Il est dès lors préférable que l'évaluation de l'ensemble des facteurs précités soit effectuée à partir d'un *modèle de processus psychopathologique de développement "risk & resiliency"*. Ceci permet de prendre en compte au niveau du diagnostic l'interaction entre la vulnérabilité personnelle de l'enfant et les influences parentales, éducationnelles, familiales et environnementales.

Plus précisément, accorder de l'attention aux effets cités ci-dessous contribue à se forger une opinion quant à la dynamique du trouble des conduites et à trouver des pistes pour l'accompagnement :

- impact cumulatif des facteurs de risque ;
- ajustement, par exemple, entre le tempérament précoce de l'enfant et les compétences parentales en matière d'éducation ;
- sources potentielles de résilience (chez l'enfant, la famille, l'entourage) qui constituent des points de départ pour le planning d'intervention/prévention.

Présenter ces éléments de manière graphique permet de répertorier globalement et synthétiquement la cohérence des problèmes, les risques et les domaines de résilience.

4.4 Références

- Achenbach TM, Rescorla LA. Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: implications for mental health assessment. New York: Guilford Press; 2007.
- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
- APA - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2000.
- Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford; 2006.
- Boutin G., Bessette L., & Montoya Y. (Réd.) La prévention de l'échec scolaire: une notion à redéfinir. Rev Rech Enseignement Educ Form Espaces Fr 2008; 7:83-97.
- Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, St-Georges M. Version française du Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25). Montréal: Hôpital Rivière-des-Prairies; 1998.
- Castellanos FX. Report of the DSM-V ADHD and Disruptive Behavior Disorders work group. (Section on DSM V work group reports), 2008. Available from: URL:<<http://www.psych.org/MainMenu/Research>>
- CCNE - Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Problèmes éthiques posés par des démarches de prévention fondés sur la détection de troubles précoces du comportement chez l'enfant. [on line] 2007. Avis n° 095. Available from: URL: <<http://www.ccne-ethique.fr/francais/pdf/avis095.pdf>>
- Celestin LP, Celestin-Westreich S. Faciliter les Ajustements Cognitifs et Émotionnels (FACE©) pour mieux prévenir l'échec scolaire. In: Martinez JP., Boutin.
- Celestin-Westreich S, Celestin LP. Observeren en rapporteren. Amsterdam: Education P; 2008.
- Celestin-Westreich S, Celestin LP. Kind, jeugd en gezinsdiagnostiek in FACE©-perspectief. Leuven: Acco; 2009.
- Cummings ME, Davies PT, Campbell SB. Developmental psychopathology and family process: theory, research, and clinical implications. New York: Press G; 2002.

- Edwards OW, Mumford VE, Serra-Roldan R. A positive youth development model for students considered at-risk. *J Sch psychol* 2007; 28(1):29-45.
- Esmeijer FJ, Veerman JW, H.M.P. vL. Structured interviews for dsm-classification of mental disorders in children and adolescents: a review. *Dutch J of Psychiatry* 1999; 41(4):209-18.
- Germeijs V, Verschueren K, Van der Vliet L. Een rondvraag naar de diagnostische middelen en de behoeftes in de CLB's *Caleidoscoop* 2003; 15(2):22.
- Hendren RL. Disruptive Behavior Disorders in Children en Adolescents. *Rev Psychiatry* 1999; 8(2).
- INSERM - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Inserm (ed); Coll. Expertises Collectives. Paris; 2005.
- ITC - International Test Commission. Internationale richtlijnen voor het gebruik van tests. ITC geautoriseerde Nederlandstalige bewerking door de Belgische Federatie van Psychologen, Nederlands Instituut van Psychologen & Internationale Test Commissie(ITC) [on line].2000. Available from: URL: <<http://www.bfp-fbp.be/files/GuidsTestUseNL.pdf>>
- Kasius MC. Nederlandse vertaling van het Diagnostic Interview Schedule for Children disc 2.3 – Child Version & Parent Version. Rotterdam: Erasmus Universiteit & Academisch Ziekenhuis; 1993.
- Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005; 38(4):192-6.
- Orvaschel H, Puig-Antich J. The Kiddie-SADS-E, 5th revision. Ft. Lauderdale (FL): Nova Southwestern University; 1994.
- Puig-Antich J, Chambers W. The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children. Unpublished interview schedule. New York: State Psychiatric Institute; 1978.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(1):28-38.
- Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(1):126-41.
- TDMHDD - Tennessee Department of Mental Health and Developmental Disabilities DoCL. Best practice guidelines for children and adolescents. Behavioral health services for children and adolescents [on line] 2007 Jul. Available from: URL:< <http://www.tennessee.gov/mental/BestPractice/bpg.pdf>>

- Vercaigne C, Walgrave L, Mistiaen P, Kesteloot C. Verstedelijking, sociale uitsluiting van jongeren en straatcriminaliteit., Samenvattend rapport onderzoek SP0688, Brussel: SSCT; 2001.
- Vlaams Forum Diagnostiek. Actieplan voor een coherent beleid voor diagnostiek in de social-profit, onderwijs en tewerkstelling-werkdocument verspreid in de Vlaamse universitaire instellingen: 2007 Jun.
- WHO - World Health Organization. Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans 2005.
- WHO - World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. 2nd ed. 2007.
- Zero to three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Revised (DC:0-3R); 2005.

5. TROUBLES ASSOCIES ET COMORBIDITE

Il existe différents facteurs de comorbidité au trouble des conduites et bien que décrits séparément dans le texte qui suit, l'évidence est de les concevoir comme des éléments qui s'additionnent aux troubles des conduites, s'influencent réciproquement et par conséquent amenuisent les ressources adaptatives des enfants et adolescents atteints de ce trouble. Bien souvent, certains comportements à risques, agressifs, impulsifs peuvent engendrer des conséquences tragiques qui poursuivront longtemps ces enfants et adolescents et peuvent aussi être cause de mort.

En effet, la comorbidité est telle que les garçons présentant un trouble des conduites ont 3 à 4 fois plus de risques de mourir avant leurs 30 ans que les garçons qui ne le présentent pas. Les filles quant à elles ont plus de risques d'avoir une ou plusieurs grossesse(s) non désirées. En outre, quelque soit le sexe, ces jeunes ont un taux de maladies sexuellement transmissibles plus élevé que les autres (Keenan et al., 1999 ; Kratzner & Hodgins, 1997).

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

Un certain nombre d'études longitudinales de comorbidité indiquent que les TDAH (spécifiquement l'hyperactivité et l'impulsivité plutôt que l'inattention – Dodge et al., 2006 ; Hinshaw et al., 1993) et les TOP peuvent favoriser le développement d'un trouble des conduites.

Par exemple, le trouble des conduites survient d'autant plus fréquemment qu'un TDAH durant l'enfance est associé à un TOP (Biederman et al., 1996). De plus, les TDAH et le trouble des conduites pourraient renvoyer à différentes phases de manifestations cliniques d'une même tendance subsyndromique. Il s'agirait donc d'une comorbidité successive expliquée par des processus communs à ces deux troubles (Rutter, 1997).

Toutefois, de nouvelles analyses issues de 6 études longitudinales (Broidy et al., 2003) de 3 pays différents (Canada, Nouvelle-Zélande, États-Unis), et les récents travaux sur l'évolution des symptômes de ces différents troubles pendant la petite enfance, indiquent que le TDAH et le trouble des conduites débutent au même moment (aux alentours de 2 ans) et qu'il s'agirait par conséquent d'une comorbidité concurrente.

Il semblerait aussi que le TDAH est un élément déclencheur essentiel pour l'apparition précoce d'un trouble des conduites bien plus que son évolution (Loeber et al., 1995). Par ailleurs, l'impulsivité accentuerait les comportements perturbateurs de la prime enfance (particulièrement chez les garçons) et par conséquent, participerait d'une façon générale à l'accroissement de l'agressivité (Dodge et al., 2006) . La comorbidité entre le trouble des conduites et le TDAH serait associée au cours de l'enfance et de l'adolescence à une pauvreté relationnelle (rejets par les pairs, absence d'amis proches, interactions dysfonctionnelles avec les parents), des difficultés scolaires et sociales telles que des faits de délinquance (Gresham et al., 1998 ; Satterfield & Schell, 1997). Ces difficultés prépondérantes chez ces enfants s'accroissent avec le temps (Gresham et al., 1998) et les enfants montrant cette comorbidité ont plus de comportements antisociaux et illégaux durant l'adolescence et sont dès lors plus fréquemment incarcérés (Lynam, 1996; Soderstrom et al., 2004). Toutes ces difficultés qui s'entrecroisent et se répercutent mutuellement seraient liées à des symptômes plus sévères qu'un trouble des conduites « unique » (Greene et al., 2002 ; Hinshaw et al., 1993). Enfin, l'association entre l'hyperactivité, l'impulsivité, les difficultés attentionnelles et le trouble des conduites engendrerait des niveaux d'agression et de violences criminelles très importants (Lynam, 1996). Concrètement, au Canada, un taux de comorbidité de 56 % chez les filles et de 59 % chez les garçons a été observé durant l'enfance mais ce taux diminue au fil des années et atteint à l'adolescence les 37 et 30 %

(Szatmari et al., 1989). En somme, la comorbidité du trouble des conduites avec le TDAH est généralement associée à une aggravation de la symptomatologie de chacun des troubles, une augmentation de la souffrance, des problèmes scolaires et sociaux (isolement par rejet social – Walker et al., 1987) de ces adolescents et donc une accélération des difficultés comportementales.

En ce qui concerne le TOP, les classifications internationales (CIM-10 et DSM-IV) le combine avec le trouble des conduites dans une même catégorie générique (troubles disruptifs, troubles du comportement perturbateur dans le CIM-10 et troubles de l'attention et comportements perturbateurs dans le DSM-IV). D'autres plaident à l'inverse pour une discrimination entre ces deux troubles car tous les enfants présentant un TOP n'ont pas nécessairement un trouble des conduites (Biederman et al., 1996 ; Greene et al., 2002). Ces derniers ont notamment examiné les liens existant entre le TOP et le trouble des conduites à partir d'une population de 1600 enfants âgés de 10 ans. Leurs analyses ont révélé que seulement un quart des enfants (27,7 %) ayant un TOP présentaient également un trouble des conduites. Il apparaît donc, comme pour le TDAH, que ce groupe qui associe trouble des conduites et TOP constitue un sous-groupe singulier avec une trajectoire développementale particulière. Par ailleurs et à titre d'exemple, l'association entre le TOP et l'agressivité physique représenterait une autre forme spécifique du trouble des conduites à l'adolescence aux niveaux tant clinique que développemental. Ce profil clinique particulier du trouble des conduites constituerait aussi une prédisposition à la personnalité antisociale chez l'adulte (Loeber, 1998 ; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Le TOP comme trouble avant-coureur de celui des conduites serait également reconnu comme marqueur précoce d'un mécanisme développemental instauré dès le plus jeune âge et qui prendrait de l'ampleur avec le temps à tel point qu'il puisse engendrer l'installation d'une personnalité de type pathologique.

Cependant le rapport de l'INSERM (2005) insiste sur le constat que les agressions physiques à l'école primaire prédisent mieux des comportements violents à l'adolescence que le TDAH ou le TOP. Notons également que ces trois troubles commencent généralement en même temps au cours de la petite enfance et ensuite qu'ils s'influencent réciproquement jusqu'à l'adolescence. Seulement, si un enfant ou un adolescent développe un trouble des conduites comorbide avec un TOP et un TDAH alors, ce trouble débutera en moyenne 3 ans et demi plus tôt que s'il avait uniquement un TOP (Loeber et al., 1995). Bien évidemment les conséquences développementales ainsi que les perspectives d'avenir seront nettement moins encourageantes car le risque de sombrer vers une personnalité antisociale sera fortement accru de par la précocité du trouble (Farrington et al., 1998; Moffitt & Caspi, 2001).

5.2 Abus de tabac, alcool et autres drogues.

Au-delà de ces deux troubles les plus fréquemment étudiés, il existe une série d'autres facteurs associés au trouble des conduites, notamment l'abus de substances telles que le tabac, l'alcool et diverses drogues. Le trouble des conduites serait d'ailleurs la psychopathologie la plus prédictive d'abus de substances (Disney et al., 1999).

A l'instar du trouble des conduites, la consommation de substances de manière précoce et exagérée et le développement de toxicomanie sont plus associées aux garçons (Van Kammen et al., 1991) qu'aux filles ; toutefois, ces dernières consomment également de nombreuses substances lorsqu'elles entrent dans l'adolescence (Boyle et al., 1993 ; Zimmermann et al., 2005). Une nuance est cependant nécessaire car l'initiation précoce au cannabis est plus prévalente chez les filles que chez les garçons.

Au-delà de ces considérations plus générales, certains chercheurs ont confirmé que le trouble des conduites suscite l'abus de substances (Boyle et al., 1993) mais ont également

avancé qu'une fois que le lien entre ces deux difficultés est établi, alors le trouble des conduites et l'abus de drogues s'aggravent réciproquement du fait que :

- Les jeunes consommateurs de drogues présentent d'importants niveaux d'agressivité, de violence, de comportements antisociaux et de problèmes affectifs (Myers et al., 1998).
- S'il y a une augmentation d'un des deux problèmes, la fréquence d'apparition de l'autre ne tarde pas à s'élever.
- Cette aggravation réciproque ne peut être uniquement expliquée par des facteurs sociaux ou culturels (organisation de la famille, groupe d'appartenance sociale, ethnique, etc.).
- Dans une perspective d'avenir, l'association entre le trouble des conduites et la consommation de drogues augmente les difficultés d'adaptation à tel point que l'existence des personnes qui sont sujettes à ces troubles, est souvent mise en péril (déscolarisation, trafic de stupéfiants et/ou d'armes, grossesses précoces et/ou non désirées, apparition de personnalité antisociale favorisée, persistance de la délinquance durant l'âge adulte – Born 2002 ; Boyle et al., 1993).

5.3 Troubles de l'humeur et troubles anxieux

Quelque soit l'âge, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ainsi que leurs symptômes associés sont corrélés au trouble des conduites (3 à 4 fois plus fréquents chez les enfants ayant un trouble des conduites – Zoccolillo, 1992) et plus particulièrement à l'agressivité (Quiggle et al., 1992).

5.3.1 Les troubles de l'humeur et risques de suicide

Les troubles de l'humeur et celui des conduites sont généralement liés car un sentiment de mal-être, d'humeur maussade accentue l'agressivité et la violence, ou parce que des problèmes de conduites peuvent attrister les sujets qui les perpétuent. En outre, si ces deux troubles se sont manifestés, il n'est pas rare de les voir alors associés à l'abus de stupéfiants et à un haut niveau de tentatives de suicide chez des adolescents (Harrington et al., 1991; Miller-Johnson et al., 1998). De manières différentes, un nombre important de chercheurs stipule que ces deux troubles présents conjointement ne sont en réalité qu'un trouble mixte. D'ailleurs, dans la CIM-10 il existe le trouble des conduites avec dépression (ne correspond pas à un diagnostic du DSM IV) qui aurait un parcours développemental particulier mais dont les connaissances scientifiques ne sont encore aujourd'hui qu'à leurs premiers balbutiements.

5.3.2 Les troubles anxieux

Les jeunes enfants, spécifiquement les garçons, manifestant un trouble des conduites et un trouble anxieux paraissent plus souvent mieux adaptés (relations amicales plus positives, risque d'échecs scolaires moindres, moins de consommation de substances psychoactives) et moins agressifs que ceux présentant uniquement un trouble des conduites (Walker et al., 1991). Similairement, les garçons de 5 ans présentant de l'impulsivité et un trouble anxieux ont un pronostic plus favorable en regard des comportements antisociaux qui pourraient survenir entre 10 et 13 ans contrairement à leurs pairs qui sont impulsifs mais sans être anxieux (Tremblay, 1994). Par conséquent, il existerait un effet protecteur de l'anxiété sur le trouble des conduites. Cependant cet effet ne perdure pas au-delà de l'enfance. Des enfants ayant moins de comportements agressifs durant l'enfance à cause de cet effet modérateur, présentent plus d'agressivité dès le début de la puberté alors que les jeunes qui ne présentaient que la symptomatologie du trouble des conduites avaient une légère diminution de leurs comportements agressifs (Walker, 1991). Ce paradoxe peut se comprendre en regard de l'hétérogénéité de l'anxiété : appréhension et inhibition ou retrait social et

isolement car les deux premiers protègent les enfants et adolescents de nombreux facteurs de risques tandis que les deux derniers les accentuent.

L'« Etat de Stress Post Traumatique » (PTSD) semble être le trouble anxieux le plus comorbide au trouble des conduites (Reebye et al., 2000) et est sujet à un effet de genre car les filles présentant un trouble des conduites ont plus de risque de présenter un PTSD que les garçons (Cauffman et al., 1998). En outre, la symptomatologie associée (anhédonie, troubles du sommeil, troubles attentionnels) est également plus élevée pour les filles (Cauffman et al., 1998). L'explication de cette différence de genre proviendrait de la nature des traumatismes car les filles sont plus souvent victimes de violences sexuelles tandis que les garçons sont plus souvent l'objet d'agressions physiques, d'accidents ou sont témoins de décès (Reebye et al., 2000).

5.4 Problèmes sociaux et scolaires

5.4.1 *Rejet social*

Au vu de la symptomatologie du trouble des conduites, tant les comportements provocateurs, oppositionnels qu'agressifs, il paraît assez évident que les enfants et adolescents qui en souffrent ont des problèmes d'adaptation avec les autres enfants. En outre, leur propension à accuser les autres d'être responsables de leurs actes et l'attention sélective aux éléments négatifs de différentes situations sociales les poussent à interpréter les événements de façon tronquée (Dodge et al., 1990). Précisément, quand un enfant manifeste des intentions ambiguës, les enfants et adolescents au tempérament agressif y voient des intentions hostiles, provocantes ou agressives alors que ceux sans difficulté ne les interprètent pas négativement. Dès lors, ce biais d'attribution hostile rend légitime les croyances d'agression, les réponses agressives et par conséquent ce biais est précocement lié à un important niveau de rejet social de la part des copains de classe ou d'ailleurs (Kindelberger, 2004). Le rejet social est donc comorbide au trouble des conduites (surtout le type mal socialisé) et est en plus un facteur de maintien et d'aggravation de la symptomatologie s'y référant car les enfants rejetés déploient leur agressivité et plutôt que de les tempérer, alimentent les conflits. 50 % des jeunes de 7-8 ans qui ont déjà été rejetés pendant au moins deux ans manifestent des troubles des conduites à l'adolescence alors que ce taux chute à 9 % s'ils n'ont pas été sujet au rejet social (Coie & Lenox, 1994).

De façon plus inquiétante, le rejet social contribue à la création de liens entre enfants (surtout les garçons) ayant un trouble des conduites et ceci étant, leur rassemblement qui dans certains cas peut s'apparenter à une bande de jeunes délinquants, favorise la chronicité et l'intensité de leur trouble (tout particulièrement les agressions et la violence – Keenan et al., 1995). **En regard de l'appartenance à une bande ou non, cette caractéristique peut soit favoriser une haute estime de soi, soit au contraire la diminuer. De fait, les jeunes appartenant à une bande, même s'ils sont rejetés par les autres jeunes, vont s'enorgueillir de la crainte qu'ils suscitent et de l'amitié de leurs pairs présentant aussi un trouble des conduites.** Par conséquent, un sentiment d'appartenance à un groupe social et une projection d'une image positive de compétence personnelle et sociale fera son nid et générera dès lors une importante estime d'eux-mêmes malheureusement utilisée négativement contre autrui.

En outre, un agresseur se perçoit généralement plus positivement qu'une victime. A l'inverse, les jeunes ayant un trouble des conduites et étant rejeté ou isolé manifestent plus de difficultés ainsi qu'une faible estime de soi que les jeunes isolés ne présentant pas ce trouble (Graham et al., 2006).

5.4.2 Difficultés scolaires

Pendant la prime enfance jusqu'à la moitié de l'enfance, les 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. Par conséquent, leurs progrès scolaires diminuent et au début de l'adolescence, ils deviennent plus susceptibles de subir les influences déviantes de leurs pairs (Loeber et al., 1990). Une fois adolescents, cette trajectoire se traduit par un risque élevé de recours aux substances, d'actes délinquants et d'échec scolaire (Loeber, 1990; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1998). Dès lors, les interventions préventives précoces pendant les années préscolaires pourraient avoir un effet sur les comportements agressifs des enfants (comportements qui sont normalement de plus en plus stables) avant qu'ils n'accumulent des facteurs de risque additionnels qui les conduiraient vers une trajectoire de comportements antisociaux.

D'un autre point de vue, le trouble des conduites oriente vers des sections d'éducation spécialisée, des institutions et par ailleurs, vers la déscolarisation (Coslin, 2006). Suite à une méta-analyse se rapportant à ce domaine de recherche, il apparaît 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 (Maguin & Loeber, 1996).

5.5 Conduites à risques

Les adolescents présentant le trouble des conduites manifestent bien souvent des comportements à risques tels que la conduite dangereuse de véhicule, la boulimie, la pyromanie, la pratique de rapports sexuels non protégés, les tentatives de suicide ou automutilations, les abus de substances, les sports extrêmes (parachutisme, etc.). Toutes ces conduites dangereuses sont généralement reliées les unes aux autres, et par conséquent, l'une entraînerait l'autre. Cette juxtaposition de conduites dangereuses pourrait s'expliquer par des caractéristiques comportementales et émotionnelles telles que l'impulsivité ou une faible tolérance à la frustration. En outre, elle pourrait également s'expliquer par une propension à la déviance vis-à-vis de la norme et/ou du seuil de sécurité, une manière de défier leur propre inhibition comportementale et une incapacité cognitive à anticiper les conséquences négatives de leurs actes (Bulik et al., 1995; Martin et al., 2004 ; Nagata et al., 2002 ; Schaffer et al., 1996).

5.6 Psychopathie

5.6.1 Introduction

Le trouble de la personnalité psychopathique (TPP) est un concept diagnostique qui joue un rôle important principalement en psychologie criminologique et en psychiatrie.

Le TPP n'est pas un diagnostic officiel du DSM-IV. Le DSM-IV décrit au sein du cluster-B des troubles de la personnalité tant de nature *borderline* (TPB), narcissique (TPN), théâtrale (TPT) qu'antisociale (TPA). Le terme psychopathie ne se rencontre que comme synonyme potentiel pour le trouble de la personnalité antisociale (à côté de la sociopathie et du trouble de la personnalité dyssociale). Cet alignement est à déplorer. Des études (Hare, 1991, 2003) ont démontré que la relation entre le trouble de la personnalité antisociale et psychopathique est asymétrique: la plupart des personnes pour lesquelles un diagnostic de TPP a été posé sont également diagnostiquées TPA alors que seul un sous-ensemble des patients TPA satisfont aussi aux critères pour un diagnostic de TPP.

En ce qui concerne les critères pour le TPP, il existe une large unanimité clinique (et stabilité historique). Ces caractéristiques peuvent être résumées tant dans le domaine comportemental, affectif, cognitif, qu'interpersonnel. Sur le plan comportemental, un individu

présentant un TPP manifeste de l'impulsivité, du sensationnalisme, une violation fréquente des attentes sociales et des normes (en particulier, criminalité et abus de substances), et le non-accomplissement de ses obligations sociales et de ses responsabilités. Au niveau interpersonnel, la grandiosité, l'égoïsme, la manipulation, l'agression instrumentale, l'incapacité à s'attacher durablement, le manque d'empathie, de regrets et de sentiment de culpabilité sont frappants. Sur le plan cognitif, on retrouve un mauvais contrôle (entraînant souvent des affabulations mytho-maniaques et un mensonge (transparent)), une incapacité à planifier, une mauvaise régulation de l'attention (avec importante sensibilité pour le changement dans les objectifs et souhaits actuels) et une attribution habituelle externe de la personnalité, de même souvent qu'un biais d'attribution hostile. Dans le domaine affectif enfin, on relève des sentiments peu profonds, des expressions d'émotion de courte durée en fonction des caractéristiques situationnelles mais sans investissement personnel, une absence d'anxiété et de problèmes internalisants, une faible capacité à réagir (sauf à l'égard de sa propre expérience du plaisir), froideur et absence d'émotions morales. Ces caractéristiques affectives en particulier sont sensées pouvoir différencier le TPP du TPA (et TPB).

Hare (1991, 2003) a élaboré une liste d'évaluation, la *Psychopathy Checklist*, qui, entre-temps, en est déjà à sa deuxième édition (la PCL-R). Cet instrument atteint un niveau particulièrement impressionnant de fiabilité et de validité et est accepté internationalement comme seul moyen permettant de poser un diagnostic de TPP fondé.

Le schéma 2 reprend les 20 points de cette liste d'évaluation. Ils sont répartis entre deux facteurs mesurant chacun deux facettes du TPP. Le premier facteur fait référence à un rapport émotionnellement froid, égoïste et manipulateur à l'égard d'autres personnes. Une facette comprend les points décrivant le déficit affectif, la deuxième facette regroupe les points relatifs au style interpersonnel typique. Le deuxième facteur comprend des points caractéristiques d'un style de vie impulsif, sensationnaliste et antisocial : une facette comprend les points relatifs à l'impulsivité, une deuxième les caractéristiques antisociales.

La PCL-R est complétée sur base d'une étude détaillée du dossier (données hétéroanamnestiques ; rapports sur le fonctionnement au travail, à l'école et dans les relations; examens d'experts, etc.) et, si possible, d'une interview semi-structurée. L'objectif est de dresser un aperçu du fonctionnement dans tous les domaines de vie importants tout au long de l'existence et ce sur base à la fois d'une auto-anamnèse et d'une hétéro-anamnèse.

C'est précisément parce qu'un dossier détaillé doit être disponible que l'utilisation de la PCL - R nécessite pas mal de temps; dans certains contextes l'utilisation de cet instrument s'avèrera impossible (p. ex. dans le cadre d'un traitement ambulatoire ou lorsque la personne à examiner n'a pas encore été (souvent) en contact avec des services psychiatriques ou judiciaires). Pour compléter la PCL-R, il faut avoir suivi un entraînement intensif.

Une bonne connaissance de la PCL-R est également très importante pour travailler avec les adolescents. La PCL-R exprime d'ailleurs la définition consensuelle du TPP et sert dès lors de mesure (tant diagnostique que pronostique) pour examiner la présence précoce et le développement de ces caractéristiques psychopathiques.

Schéma 2 : Facteurs et facettes de l'échelle *Psychopathy checklist* (PCL-R – Hare, 2003)

Facteur 1: utilisation égocentrique, froide et sans scrupule des autres

Facette 1: Interpersonnel

Rusé/superficiellement charmant
Grandiosité
Mensonge pathologique
Comportement manipulateur

Facette 2: affectif

Manque de regrets
Absence de profondeur émotionnelle
Froid/manque d'empathie
Absence de prise de responsabilités pour le comportement personnel

Facteur 2: mode de vie chroniquement instable et antisocial

Facette 3: mode de vie

Avide de stimulus
Mode de vie parasitaire
Absence d'objectifs réalistes à long terme
Impulsivité
Irresponsabilité

Facette 4: antisocial

Contrôle comportemental déficient
Problèmes comportementaux dans l'enfance
Délinquance juvénile
Violation des conditions imposées
Délinquance multiple

Points isolés:

Libre au niveau du comportement sexuel
Relations nombreuses de courte durée avec les partenaires

5.6.2 L'évolution vers un trouble de la personnalité psychopathique

Le diagnostic de TPP ne peut en principe être posé qu'à partir de la majorité. Cependant, il est apparu, pour le TPP également, que d'importants précurseurs peuvent être identifiés tout au long du développement. Cette constatation se trouvait à la base d'une tradition de recherche actuellement très active au cours de laquelle on vérifie si des précurseurs psychodéveloppementaux de ce trouble peuvent être détectés et si oui, comment. On pense en particulier qu'une conjoncture de froideur et de superficialité émotionnelle, le narcissisme et l'impulsivité constituent d'importants facteurs de risque pour le développement ultérieur du TPP (Blair et al., 2005; Frick & Marsee, 2006).

De nombreuses études sont en cours de réalisation afin de déterminer comment la détection de ces caractéristiques peut contribuer à une meilleure différenciation au sein du groupe d'adolescents antisociaux. Il est suggéré par exemple que la distinction faite par Moffitt (1993) entre les « débutants précoces » (*life-course persistent*) et la délinquance liée à l'adolescence (*adolescence-limited*) puisse être diagnostiquée de manière pointue en incluant ces caractéristiques psychopathiques – les débutants précoces seraient alors les adolescents présentant des résultats élevés pour ces caractéristiques psychopathiques et pourraient se voir diagnostiquer un TPP à l'âge adulte.

En terme de nomenclature DSM-IV existante, Frick et Hare (2001) constatent que **les caractéristiques psychopathiques sont à ranger, chez les groupes plus jeunes également, dans un cluster, d'une part affectif et interpersonnel, et d'autre part**

comportemental. Les caractéristiques de ce dernier cluster (impulsivité, comportement enfreignant les règles) recouvrent en grande partie les critères diagnostiques des troubles des conduites. Les caractéristiques affectives et interpersonnelles par contre sont beaucoup moins représentées dans ces critères et offrent la possibilité de procéder à un sous-typage au sein du groupe des enfants et adolescents présentant des troubles des conduites.

Dans une série impressionnante d'études réalisées entre-temps (Frick & White, 2008), des différences ont été constatées entre les enfants présentant à la fois des troubles des conduites et un déficit affectif/interpersonnel et les enfants ne présentant que des troubles des conduites. Un certain nombre de ces différences sont liées à la nature et à la gravité de la problématique comportementale.

Des études cross-sectionnelles dans différents échantillons (groupes de la population et groupes cliniques, adolescents et enfants d'école primaire, garçons et filles) indiquent que la présence de déficits affectifs et interpersonnels est associée à une origine précoce des problèmes comportementaux, à des infractions plus graves, une plus grande violence et à un progrès moindre dans le traitement. Des études longitudinales suggèrent que la présence de déficits affectifs et interpersonnels est prédictive d'une rechute dans un comportement délinquant, de la rapidité de la rechute après la sortie de l'institution, d'un accroissement des problèmes comportementaux, de contact avec la police et de comportement délinquant auto-rapporté sur une période de quatre ans.

En outre, les adolescents dont le comportement est perturbé, avec ou sans déficits affectifs et interpersonnels, présentent un autre profil de facteurs et de processus de risque, ce qui peut être indicatif de trajets de développement différentiels. Les enfants et adolescents du premier groupe (avec déficit affectif/interpersonnel) ont une forte tendance à rechercher le sensationnel, sont relativement moins sensibles à la punition qu'à la récompense et réagissent moins fort, tant sur le plan physiologique que comportemental, aux stimuli menaçants et émotionnellement sensibles que les enfants du deuxième groupe. Les enfants et adolescents du deuxième groupe se situent à l'autre extrémité du continuum de la réactivité émotionnelle : ils semblent précisément très réactifs par rapport aux stimuli émotionnels et menaçants et réagissent fortement à la provocation sociale. Leur comportement agressif et antisocial est aussi plus fortement lié aux pratiques éducatives (dysfonctionnelles) et à des déficits d'intelligence que celui du premier groupe. En d'autres termes, **un comportement antisocial grave peut constituer un aspect ou un résultat de différents trajets de développement** (Cicchetti & Rogosh, 1996). Acquérir une vue sur les trajets de développement évoluant vers des problèmes comportementaux graves peut fournir des références afin de modifier et de prévenir ces problèmes. **Etant donné que l'efficacité des traitements pour les troubles des conduites semble diminuer avec l'âge, l'identification des précurseurs développementaux peut offrir d'importantes chances pour encore tenter d'infléchir des trajets de développement déviants à un stade précoce.** Des connaissances quant aux processus développementaux spécifiques évoluant mal dans des sous-groupes spécifiques peuvent éventuellement indiquer des objectifs d'intervention plus faciles à atteindre, axés sur la stimulation d'un développement prosocial. A titre d'exemples on peut citer des **interventions visant à stimuler le développement de l'empathie** (Chi-Ming et al., 2003) **ou le développement de la régulation émotionnelle** (Larson & Lochman, 2003) dès avant que les problèmes de comportement soient à ce point graves qu'ils donnent lieu à un diagnostic clinique.

En résumé: l'importance d'une étude approfondie en matière de développement et de présence de caractéristiques psychopathiques – ainsi que l'attention clinique à son égard - réside dans le fait que cela peut aider à différencier plusieurs sous-groupes d'adolescents présentant des troubles des conduites afin d'organiser, à partir de là, une meilleure prévention et un traitement en temps opportun.

5.6.3 Détection précoce des caractéristiques psychopathiques.

Des études ont démontré que la PCL-R peut également être utilisée chez les adolescents (Hare, 2003). Néanmoins, une **version destinée aux adolescents de la PCL-R** (la PCL:YV) (Forth et al., 2003) a été élaborée dont la version néerlandaise sera bientôt disponible (Das et al., 2008). La PCL:YV conserve la même structure et méthodologie d'évaluation que la PCL-R, mais reformule un certain nombre de points de sorte qu'ils soient plus pertinents en fonction de l'âge et adaptés à la situation en matière de développement et de vie des adolescents. La PCL:YV est en principe à utiliser pour les enfants de 11 à 18 ans. La PCL:YV suppose toutefois aussi un dossier (psychosocial, psychiatrique et juridique) suffisamment étoffé dans lequel le développement des adolescents à travers les domaines de vie importants est documenté – une exigence qui, dans le contexte belge et notamment législatif n'est pas souvent réalisée – même s'il ne s'agit que d'une non divulgation des informations disponibles.

Dans une tentative visant à contourner cette restriction, quelques instruments ont été développés qui utilisent une méthodologie dite « *cross-informant* » dans laquelle tant l'adolescent, ses parents que l'enseignant (ou p. ex l'éducateur, l'accompagnant) sont interrogés. **Les instruments les plus importants sont :**

- le *Antisocial Process Screening Device* qui mesure les aspects narcissiques, impulsifs et froidement/émotionnellement superficiels d'un développement psychopathique (Bijttebier & Decoene, 2008 pour l'adaptation néerlandaise; Bijttebier & Decoene, 2005 pour la version pour les jeunes enfants ; Frick & Hare, 2002) ;
- le *Inventory of Callous-Unemotional Traits* qui constate les caractéristiques froidement/émotionnellement superficielles chez les adolescents (Frick, 2003; Roose et al., 2009 (pour la traduction néerlandaise)) ;
- la *Childhood Psychopathy Scale* (Bijttebier & Decoene, 2008 ; Lynam, 1996, 1997) qui rend opérationnels 14 points PCL-R et surtout est validée dans des situations cliniques (en particulier dans le cadre de la *Pittsburg Youth study* (Loeber et al., 2008)).
- On dispose enfin également du *Youth Psychopathic traits Inventory* (Andershed et al., 2002; traduction néerlandaise: Das & De Ruiter, 2002; van Baardewijk et al., 2008) qui n'existe qu'en version auto-rapportage.

Bien que ces instruments constituent d'importants développements scientifiques, leur utilisation (à l'exception de la *Childhood Psychopathy Scale*) en pratique clinique est très prématurée. Il n'apparaît par exemple pas encore clairement comment la méthodologie *multi-informant* qui caractérise le projet d'évaluation clinique structurée de la PCL:YV peut, soit être adaptée sous forme d'auto-rapportage, soit être réduite à un set limité de points fixes évalués par deux ou trois informateurs. En d'autres termes, celui qui, en pratique clinique, veut vérifier si un mineur délinquant peut être qualifié de psychopathique ne dispose actuellement que de la PCL:YV, et, pour le dépistage, de la *Childhood Psychopathy Scale*.

La généralisation d'une catégorie diagnostique complexe comme le TPP aux mineurs risque de stigmatiser ces adolescents (Decoene & Bijttebier, 2008). En outre, il existe des preuves de ce que des caractéristiques considérées comme importantes du TPP ne peuvent pas être tout simplement traduites pour des enfants en âge d'école primaire (Decoene & Bijttebier, 2008). Des études scientifiques plus nombreuses, y compris au niveau du panel clinique, devront démontrer quels instruments offriront les informations les plus fiables et valides au sujet des caractéristiques psychopathiques en développement. Il est particulièrement intéressant dans ce contexte que les implications d'une présence précoce des caractéristiques psychopathiques deviennent peu à peu visibles notamment dans la *Pittsburg Youth study* (Loeber et al., 2008), une des études longitudinales récentes les plus importantes concernant le développement du comportement antisocial.

5.6.4 Traitement et prévention

On sait peu de choses au sujet du traitement efficace de la psychopathie – indépendamment de l'âge auquel le diagnostic serait posé. Il règne à ce sujet depuis longtemps un pessimisme (Hare, 2003, 2006) voire un cynisme (Harris & Rice, 2006) thérapeutique : soit le traitement n'a pas d'effet, soit il a un effet inverse. Quelques études récentes suggèrent toutefois que des programmes systémiques et cognitivo-thérapeutico-comportementaux strictement structurés puissent avoir un effet positif, en tout cas sur le risque de répétition d'un comportement antisocial (grave) et qu'une intervention précoce a un effet plus positif (Barbaree, 2005; Salekin, 2002; Skeem et al., 2002).

L'étude psychologique du développement des caractéristiques psychopathiques s'est, jusqu'il y a peu, surtout concentrée sur l'élaboration d'instruments suffisamment solides (voir plus haut). Ce n'est que récemment qu'un certain nombre de questions importantes en matière de traitement et de prévention ont été intégrées.

Une première question est naturellement de savoir dans quelle mesure la présence de caractéristiques psychopathiques à l'âge de 13 ans par exemple conduira effectivement à un diagnostic de psychopathie à l'âge adulte. La question de la stabilité a d'ailleurs d'importantes répercussions au niveau de l'influçabilité potentielle de ces caractéristiques. Si on dispose d'un peu de champ pour exercer une influence, se pose alors la question de savoir quels facteurs peuvent contrecarrer ou modérer ces caractéristiques problématiques.

Stabilité

Dans une des premières études, Frick et al. (2003) suggèrent que les scores APSD sur un laps de temps de 4 ans (8-12ans) sont restés très stables. Munoz & Frick (2007) le confirmaient également pour la version auto-rapportage de l'APSD.

Lynam et al. (2007) ont montré une stabilité réelle mais moins grande des scores CPS mesurés à l'âge de treize ans par rapport aux scores PCL:SV à 24 ans. Cette étude offrait l'avantage de pouvoir contrôler de nombreux facteurs présents à 13 ans (éducation p. ex.). La stabilité trouvée était la plus élevée pour les facettes impulsivité et style de vie antisocial et le moins pour la facette affective et interpersonnelle manipulatrice. Lynam et al. (2008) ont démontré secondairement que cette stabilité n'était que peu influencée par des variables modératrices. Des suggestions d'une certaine instabilité n'ont été démontrées que pour les adolescents présentant un score CPS bas, chez qui un SES bas des parents, la présence de pairs antisociaux et avec une présence accrue de punitions physiques sont prédictifs de scores PCL:SV plus élevés. On retrouve ici aussi un effet différentiel en fonction des 4 facettes psychopathiques: SES modèrent les facettes 2 et 3, les punitions physiques et les pairs antisociaux modèrent les facettes 1 et 4.

Bien que différentes études montrent donc une réelle stabilité, Lynam et al. (2007) rapportent que, dans la pratique pour un psychologue criminologue, 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 aspects affectifs et interpersonnels qui sont relativement moins stables et sont donc des caractéristiques normatives plutôt liées à l'âge.

Influçabilité

L'étude de Lynam et al. (2008) indiquait qu'aucun facteur protecteur n'avait été trouvé chez les jeunes de treize ans présentant un score CPS élevé. L'aperçu complet le plus récent de la *Pittsburg Youth study* (Loeber et al., 2008) apporte à cet égard une image complexe mais passionnante de l'impact des caractéristiques psychopathiques en fonction de l'âge. C'est ainsi qu'il apparaît qu'à un plus jeune âge, un score CPS bas fait office de facteur protecteur (principalement au niveau de l'évolution vers les violences). Un score élevé à ce jeune âge ne constitue pas un facteur de risque, alors que durant l'adolescence un score CPS élevé fait office de facteur de risque. Ce sont principalement les résultats de cette étude qui, dans

les prochaines années, offriront une meilleure vue sur les facteurs qui aideront à dresser un aperçu de l'effet négatif persistant des caractéristiques psychopathiques tout au long de l'évolution. Une publication très récente (Pardini & Loeber, 2008) implique ainsi que seule une communication effective d'appui entre les parents et l'adolescent présentant une forte présence de caractéristiques psychopathiques (en particulier, superficialité froide/émotionnelle) pourrait avoir un effet protecteur potentiel. La même étude répète toutefois aussi les dernières conclusions tirées de la *Pittsburg Youth Study* (Loeber et al., 2008) qu'aucun autre aspect central ni de *parenting* ni de *peer-group* ne semble influencer l'évolution de ces traits psychopathiques.

Il est d'ores et déjà clair qu'une constatation précoce des aspects essentiels d'une problématique psychopathique sera importante afin de débiter à temps des interventions ciblées et de juguler le développement d'une psychopathie à l'âge adulte. Ce n'est que de cette manière que le comportement antisocial grave et persistant lié à cette problématique peut être éventuellement évité ou atténué.

5.6.5 Conclusion

Le TPP est un trouble facile à reconnaître et à diagnostiquer avec évolution reconnaissable du développement – les prémices sont un style froid/émotionnellement superficiel, une impulsivité et une grandiosité. Ces caractéristiques psychopathiques, si elles sont présentes de manière stable, différencient significativement les adolescents présentant un trouble antisocial des conduites. L'impact pronostique de la présence de ces caractéristiques diffère en fonction de l'âge auquel elles sont constatées. Les adolescents présentant des scores élevés aux mesures des caractéristiques psychopathiques ont un risque accru de développer un comportement antisocial grave à l'âge adulte.

Ce n'est que tout récemment que sont parues des études au sujet des variables susceptibles de modérer l'évolution des caractéristiques psychopathiques et leurs implications dans le comportement antisocial. Il faudra attendre le résultat de ces études pour évaluer si l'évolution pronostique négative des caractéristiques problématiques de froideur/superficialité émotionnelle, de grandiosité et de recherche impulsive non socialisée de sensations en un diagnostic formel de trouble de la personnalité psychopathique peut être évitée ou infléchie et, dans ce cas, comment.

5.7 Références

- Andershed H, Kerr M, Stattin H, Levander S. Psychopathic traits in non-referred youth. A new assessment tool. E. Blaauw E, Sheridan L, editors. *Psychopaths: current international perspectives*. The Hague: Elsevier; 2002.
- Barbaree HE. Psychopathy, treatment behavior, and recidivism: an extended follow-up of Seto and Barbaree. *J Interpers Violence* 2005; 20(9):1115-31.
- Biederman J, Faraone S, Mick E, Wozniak J, Chen L, Ouellette C, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35(8):997-1008.
- Bijttebier P, Decoene S. Assessment of psychopathic traits in children and adolescents: further validation of the antisocial process screening device and the childhood psychopathy scale. *European J of psychol assessment* 2008.
- Blair J, Mitchell D, Blair K. *The psychopath. Emotion and the brain*. Oxford: Blackwell; 2005.

- Born M. Continuité de la délinquance entre l'adolescence et l'âge adulte. *Criminologie* 2002; 35(1):53-67.
- Boyle MH, Offord DR, Racine YA, Fleming JE, Szatmari P, Links PS. Predicting substance use in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder: results from the Ontario Child Health Study follow-up. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34(4):535-44.
- Broidy LM, Nagin DS, Tremblay RE, Bates JE, Brame B, Dodge KA, et al. Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study. *Dev Psychol* 2003; 39(2):222-45.
- Bulik CM, Sullivan PF, Weltzin TE, Kaye WH. Temperament in eating disorders. *Int J Eat Disord* 1995; 17(3):251-61.
- Cauffman E, Feldman SS, Waterman J, Steiner H. Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(11):1209-16.
- Cicchetti D, Rogosch F. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol* 1996; p. 597-600.
- Coie JD, Lenox KF. The development of antisocial individuals. *Prog Exp Pers Psychopathol Res* 1994; 45-72.
- Coslin PG. *Ces jeunes qui désertent nos écoles: déscolarisation et cultures*. Paris: Sides Ima; 2006.
- Das J, De Ruiter C. Nederlandse vertaling van de Andershed Youth Psychopathic Inventory. Niet-gepubliceerd document 2002.
- Das J, de Ruiter C, Doreleijers T. Reliability and validity of the Psychopathy Checklist: Youth Version in Dutch female adolescents. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(3):219-28.
- De antisocial process screening device-dutch. Kleuterversie. Document non publié: K.U. Leuven.
- Decoene S, Bijttebier P. Childhood Psychopathy Scale. Nederlandse versie. Document non publié: K.U.Leuven; 2004.
- Decoene S, Bijttebier P. On risking risk assessment of delinquent juveniles: some questions concerning the role of psychopathy. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(3):229-35.
- Dodge KA, Coie JD, Lynam DR. Aggression and antisocial behavior in youth. In *Handbook of child psychology: Vol.3. Social, emotional and personality development*. 6th ed. New York: Wiley. In: W. Damon W, Lerner RM, Eisenberg N, editors 2006. p. 719-88.
- Dodge KA, Price JM, Bachorowski JA, Newman JP. Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *J Abnorm Psychol* 1990; 99(4):385-92.

- Farrington DP, Lambert S, West DJ. Criminal careers of two generations of family members in the Cambridge Study in Delinquent Development. *Studies on Crime and Crime Prevention* 1998; p. 85-106.
- Forth A, Kosson D, Hare R. *The psychopathy checklist: youth version manual*. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
- Frick P. *Inventory of callous-unemotional traits*. Unpublished rating scale. University of New Orleans; 2003.
- Frick P, Hare R. *Antisocial Process Screening Device*. Technical Manual. Toronto: Multi-Health Systems; 2002.
- Frick P, Marsee M. Psychopathy and developmental pathways to antisocial behaviour in Youth. In: Patrick C, editor. *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford; 2006.
- Frick PJ, Kimonis ER, Dandreaux DM, Farell JM. The 4 year stability of psychopathic traits in non-referred youth. *Behav Sci Law* 2003; 21(6):713-36.
- Frick PJ, White SF. Research review: the importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(4):359-75.
- Graham S, Bellmore AD, Mize J. Peer victimization, aggression, and their co-occurrence in middle school: pathways to adjustment problems. *J Abnorm Child Psychol* 2006; 34(3):363-78.
- Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159(7):1214-24.
- Gresham FM, MacMillan DL, Bocian KM, Ward SL, Forness SR. Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: risk factors in social, affective, and academic domains. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26(5):393-406.
- Hare R. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
- Hare R. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. 2nd ed. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
- Hare RD. Psychopathy: a clinical and forensic overview. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29(3):709-24.
- Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(3):434-9.
- Harris G, Rice M. Treatment of psychopathy: a review of empirical findings. In: Guilford, editor. *Handbook of Psychopathy* New York: Patrick, C.; 2006.
- Heinze HJ, Toro PA, Urberg KA. Antisocial behavior and affiliation with deviant peers. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33(2):336-46.

- Hinshaw SP, Lahey BB, Hartel L. Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. Special issue: toward a development perspective on conduct disorder. *Dev Psychopathol* 1993; 5:31-49.
- INSERM - Institut National de la Santé et Recherche Médicale. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent, Coll. Expertises Collectives. Paris: Ed inserm; 2005.
- Jessor R. Adolescent Development and Behavioral Health. M eds, In: Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention; New York: Matarazzo, J.D.Weiss, S.M Herd, J.A, Mille, N.E.; eds. New York; 1984. p. 29-90.
- Kam CM, Greenberg MT, Walls CT. Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum. *Promoting Alternative Thinking Skills Curriculum. Prev Sci* 2003; 4(1):55-63.
- Keenan K, Loeber R, Zhang Q, Stouthamer-Loeber M, Van Kammen W. The influence of deviant peers on the development of boys disruptive and delinquent behavior: a temporal analysis. *Dev Psychopathol* 1995; 5(7):715-26.
- Kindelberger C. Les croyances légitimant l'agression: un facteur de maintien des conduites agressives se développant avec l'âge? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004 p. 537-43.
- Kratzer L, Hodgins S. Adult outcomes of child conduct problems: a cohort study. *J Abnorm Child Psychol* 1997; 25(1):65-81.
- Larson J, Lochman J. Helping schoolchildren cope with anger. New York: Guilford press; 2003.
- Loeber R. Development and risk factors of juvenile antisocial behaviour and delinquency. *J Clin Psychol Rev* 1990; 10(1):1-41.
- Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *Am Psychol* 1998; 53:242-59.
- Loeber R. Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clin Psychol Rev* 1994; 14:497-523.
- Loeber R, Farrington D, Stouthamer-Loeber M, Raskin White H. Violence and serious theft. Development and prediction from childhood to adulthood. New York: Routledge; 2008.
- Loeber R, Green SM, Keenan K, Lahey BB. Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(4):499-509.
- Lynam D, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. The stability of psychopathy from adolescence into adulthood. The search for moderators. *Crim Justice Behav* 2008; 35:228-43.
- Lynam DR. Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? *Psychol Bull* 1996; 120(2):209-34.

- Lynam DR. Pursuing the psychopath: capturing the fledgling psychopath in a nomological net. *J Abnorm Psychol* 1997; 106(3):425-38.
- Lynam DR, Caspi A, Moffitt TE, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *J Abnorm Psychol* 2007; 116(1):155-65.
- Maguin E, Loeber R. Academic performance and delinquency. *Crime and Justice. A Review of Research*. ed: University of Chicago Press 1996.
- Martins SS, Tavares H, da Silva Lobo DS, Galetti AM, Gentil V. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addict Behav* 2004; 29(6):1231-5.
- Miller-Johnson S, Lochman JE, Coie JD, Terry R, Hyman C. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *J Abnorm Child Psychol* 1998; 26(3):221-32.
- Moffitt T. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychol Rev* 1993; 100:674-701.
- Moffitt T, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Dev Psychopathol* 2001; 13 (2):355-75.
- Munoz LC, Frick PJ. The reliability, stability, and predictive utility of the self-report version of the Antisocial Process Screening Device. *Scand J Psychol* 2007; 48(4):299-312.
- Myers MG, Stewart DG, Brown SA. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *Am J Psychiatry* 1998; 155(4):479-85.
- Nagata T, Kawarada Y, Ohshima J, Iketani T, Kiriike N. Drug use disorders in Japanese eating disorder patients. *Psychiatry Res* 2002; 109(2):181-91.
- Pardini D, Loeber R. Interpersonal callousness trajectories across adolescence. *Criminal Justice & Behavior* 2008; 35:173-96.
- Quiggle NL, Garber J, Panak WF, Dodge KA. Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Dev* 1992; 63(6):1305-20.
- Reebye P, Moretti MM, Wiebe VJ, Lessard JC. Symptoms of posttraumatic stress disorder in adolescents with conduct disorder: sex differences and onset patterns. *Can J Psychiatry* 2000; 45(8):746-51.
- Rutter M. Child psychiatric disorder. Measures, causal mechanisms, and interventions. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(9):785-9.
- Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality? *Clin Psychol Rev* 2002; 22(1):79-112.
- Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(12):1726-35.

- Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(4):339-48.
- Skeem JL, Monahan J, Mulvey EP. Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law Hum Behav* 2002; 26(6):577-603.
- Soderstrom H, Sjodin AK, Carlstedt A, Forsman A. Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Res* 2004; 121(3):271-80.
- Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Familial aggregation of emotional and behavioral problems of childhood in the general population. *Am J Psychiatry* 1993; 150(9):1398-403.
- Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(9):732-9.
- Van Baardewijk Y, Stegge H, Andershed H, Thomaes S, Scholte E, Vermeiren R. Measuring psychopathic traits in children through self-report. The development of the Youth Psychopathic Traits Inventory-Child Version. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(3):199-209.
- Van Kammen W, Loeber R, Stouthamer-Loeber M. Substance use and its relationship to conduct problems and delinquency in young boys. *J Youth Adolesc* 1991; 20:399-413.
- Walker JL, Lahey BB, Hynd GW, Frame CL. Comparison of specific patterns of antisocial behavior in children with conduct disorder with or without coexisting hyperactivity. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(6):910-3.
- Walker JL, Lahey BB, Russo MF, Frick PJ, Christ MA, McBurnett K et al. Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(2):187-91.
- Zimmermann G, Rossier V, Bernard M, Cerchia F, Quartier V. Sévérité de la consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents tout-venant et délinquants. *Neuropsychiatr enfance adolesc* 2005; 53:447-52.
- Zoccolillo M. Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31(3):547-56.

6. INTERVENTIONS

Une des missions d'une société est de donner leur chance aux nouvelles générations de se développer pour devenir des adultes heureux et responsables qui pourront assumer leur tâche dans cette société et à leur tour s'occuper des générations futures. Cette attention pour la jeune génération n'est pas une tâche facile et les sociétés actuelles se débattent avec celle-ci. Il est apparu clairement dans les chapitres précédents que les difficultés auxquelles un certain nombre d'enfants et adolescents doivent faire face résultent d'une conjonction compliquée de variables biologiques, sociales et psychologiques. Ces facteurs sociaux et psychologiques constituent les points de départ sur lesquels la société peut intervenir, de préférence le plus tôt possible, afin de prévenir le développement de troubles. Ils représentent bien entendu aussi la porte d'entrée en cas de troubles nécessitant une prise en charge plus ciblée.

En ce qui concerne les interventions, nous distinguons dans ce rapport la prévention universelle, la prévention ciblée, et le traitement. La prévention universelle se compose de mesures ayant un effet favorable sur le développement socio-émotionnel de tous les enfants et adolescents. La prévention ciblée s'adresse aux familles et aux enfants et adolescents présentant un risque accru de se retrouver en difficulté. On parle de traitement lorsqu'il est déjà question d'un trouble de comportement et qu'il faut travailler sur plusieurs fronts.

Il existe en Belgique un vaste réseau de dispositifs professionnels pour l'aide à la jeunesse. Ils peuvent se situer au niveau de l'aide sociale, des soins de santé ou de la justice. Les interventions peuvent être axées sur la première, deuxième ou troisième ligne d'aide. Nous traitons ci-après du contenu des interventions. Des informations concernant l'organisation des soins professionnels se trouvent dans l'excellent aperçu de Deboutte dans le « Leerboek Psychiatrie : kinderen en adolescenten » (Deboutte, 2006).

6.1 Prévention universelle : Une société soucieuse du bien être de tous les jeunes

Les hommes sont différents. Si l'on se montre réaliste et que l'on prend en compte les différentes variables intervenant dans la socialisation des gens, on doit accepter qu'un certain nombre d'enfants et d'adolescents présentent des troubles. Actuellement, il existe toutefois des raisons d'admettre que le nombre d'adolescents se trouvant dans cette situation est beaucoup plus important qu'auparavant. Les conditions dans lesquelles les enfants grandissent sont peut-être de nature à susciter le développement des troubles des conduites plutôt qu'à l'éviter. L'analyse réalisée dans les précédents chapitres fournit un certain nombre de variables jouant un rôle pour tous les enfants et sur lesquelles il est possible d'intervenir afin de prévenir le développement de problèmes comportementaux.

6.1.1 Une société respectueuse des droits de l'enfant

Les droits de l'enfant forment un cadre adéquat pour vérifier si une société porte suffisamment attention à un bon environnement de vie pour tous les enfants et adolescents. Là où ces droits sont violés, la qualité de vie de l'enfant diminue et le risque de développer des troubles augmente. Parmi tous les droits de l'enfant, deux ont une importance spécifique dans la prévention des troubles des conduites. Il s'agit du droit de jouer et de rencontrer des amis.

1. Droit de jouer : la société doit veiller, au niveau de sa politique, à ce que chaque enfant reçoive l'espace et les possibilités de se développer tout en jouant seul et avec d'autres. Concrètement, cela signifie la mise en place et l'entretien de locaux de jeu et de détente

adéquats, d'un accompagnement et une supervision spécialisés, organisation de et accès aux facilités sportives et ludiques.

L'espace nécessaire et l'infrastructure peuvent être déterminés par nombre d'enfants et transposés dans des directives. Ceci est surtout nécessaire dans les régions très peuplées où habitent beaucoup d'enfants. Dans le cas contraire, les enfants créent eux-mêmes leurs espaces. Etant donné que ce choix spontané ne tient pas compte des intérêts des autres groupes d'habitants et de la présence de surveillance, le risque de nuisance est plus grand.

2. Droit de se rencontrer : Lorsqu'il s'agit d'adolescents, il est important de leur offrir la possibilité de se rencontrer et de passer du temps ensemble. Les parents ont intérêt à accepter, stimuler et organiser la venue d'amis à la maison. Le dérangement y afférent ne fait pas le poids par rapport aux avantages. Connaître les amis de vos enfants est un signe d'attention et d'intérêt et donne l'opportunité d'exercer une surveillance et d'apporter des corrections. Lorsque cela s'avère impossible ou à titre complémentaire, les mouvements de jeunesse, clubs, maisons des jeunes constituent une bonne alternative. Dans ce cas, il faudrait qu'une norme minimale par nombre d'adolescents soit fixée et appliquée. Une gestion est nécessaire et l'accès dépend d'une contribution des utilisateurs.

6.1.2 Apprendre aux enfants à vivre ensemble

Les hommes sont des êtres sociaux. La socialisation des jeunes gens est un processus nécessitant un travail intense et complexe qui ne doit pas être laissé aux seuls parents, même s'ils en sont bien évidemment les principaux responsables. Notamment si les parents ont eux-mêmes connu une socialisation problématique, une aide complémentaire est alors nécessaire. Outre un soutien à l'éducation pour les parents, la société peut prévoir, dès le début des activités, notamment à partir de l'école maternelle, de favoriser la socialisation. Dans le programme et ce dès l'école maternelle on peut intégrer, de préférence, des activités pratiques qui favorisent le comportement prosocial. Des activités de formation au cours desquelles on apprend les compétences de base en matière de communication sont notamment : apprendre à écouter, donner son avis, aider un autre, solutionner un problème, apprendre à exprimer l'estime, apprendre à critiquer et recevoir des critiques, apprendre à gagner et à perdre, etc. On demande le plus tôt possible aux enfants et adolescents de s'impliquer de manière volontaire dans le quartier et les activités de société. Les enfants consacrent une partie de leur temps à ranger des espaces publics, rendre visite à des personnes âgées, à des malades et les accompagner, etc.

Comme le dit Adriaenssens : « Schakel jongeren in om zelf het verkeer te superviseren in hun schoolbuurt. Laat ze zelf als steward een oogje in het zeil houden op de bus of tram. Onderzoek leert dat werken met buddy's efficiënt is. Jongeren worden te weinig aangesproken op hun verantwoordelijkheid. Het gaat altijd over mogen en kunnen, zelden over verantwoordelijkheid nemen. »⁷(Adriaenssens, de Morgen, 28/02/2009)

6.1.3 Offrir une identité aux adolescents

Faute d'une autre identité, on choisit la violence pour identité. Etre quelqu'un en étant un gêneur et être un macho est encore et toujours préférable à être considéré comme un *loser*. La répression renforce ce choix. Un placement en institution équivaut également à une confirmation de cette identité délinquante et apporte considération et statut dans la subculture déviante d'un groupe d'adolescents

⁷ « Faites appel aux adolescents pour superviser eux-mêmes le trafic dans les environs de leur école. Permettez-leur en tant que steward de veiller au grain dans le bus ou le tram. L'étude nous apprend que travailler avec des buddies⁷ est efficace. On demande trop peu souvent aux adolescents d'assumer leurs responsabilités. Il s'agit toujours d'avoir le droit ou la possibilité, rarement de prendre ses responsabilités. »

Il convient de veiller à des figures d'identification fortes, attirantes et accessibles. Cela signifie veiller à un renforcement et un soutien des parents. Il faut aussi diminuer l'attraction de l'identité violente si nécessaire par des conséquences claires sous forme de mesures réparatrices (service civil). Durant cette période, on peut essayer de travailler à une identité alternative. Enfin, il faut utiliser les sanctions sous forme de privation de liberté uniquement en toute dernière issue. Et négliger tout intérêt pour les médias.

6.1.4 Investir dans la carrière scolaire

Les enfants et adolescents acquièrent une part importante de leur estime de soi par leurs prestations et la reconnaissance de celles-ci à l'école. La détection et la remédiation précoces des problèmes scolaires peuvent prévenir les risques d'échec et la perte de cette importante source de reconnaissance par les adultes et les pairs.

6.1.5 Soutien actif de toutes les familles dans leur travail éducatif

Il existe des formations pour toute une série de compétences que les hommes doivent acquérir. Pour une compétence aussi importante que l'éducation des enfants, on suppose tout à fait paradoxalement que les gens le savent de manière innée ou reçoivent le savoir tout simplement de leur famille. Si on voit les problèmes qui se font jour, on sait que l'éducation n'est pas simple et que ce n'est pas un luxe superflu que de leur donner un petit coup de main à cet égard. Dans le passé, les parents n'assumaient pas seuls leur fonction. Ils avaient leurs propres parents à proximité, souvent aussi de la famille, de même que le voisin. Dans la société actuelle, présentant une mobilité accrue et d'autres formes de vie en société, cela a fortement changé. La société peut compenser ceci en prévoyant une aide pour toutes les familles avec enfants durant la période de 0 à 7 ans. En Belgique, nous disposons déjà d'un réseau bien organisé pour le suivi du développement physique grâce aux consultations de l'ONE. Ce service prend également des initiatives pour assurer un soutien à l'éducation si les parents en font la demande. De bonnes brochures sont disponibles concernant l'éducation des enfants à différents âges ainsi que de l'approche de difficultés spécifiques d'éducation. 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.

L'idée d'une aide à l'éducation qui soit précoce, systématique et hiérarchisée a été concrètement élaborée voici quelques années. Ce programme a reçu le nom de *Triple P* ce qui signifie *Positive Parenting Program*. Le programme se compose de différents niveaux allant de la prévention universelle jusqu'à des apprentissages de compétences spécifiques en cas de problèmes. Dans le paragraphe suivant nous donnons un aperçu des différents niveaux et nous mentionnons ensuite quel niveau s'adresse à la prévention universelle, la prévention sélective ou au traitement.

Le programme est appliqué depuis lors dans différents pays (Australie, Canada, USA, Suisse, Allemagne, Pays-Bas etc.). En Belgique différentes expériences sont en cours parmi lesquelles le projet en province d'Anvers, coordonné par l'équipe Deboutte / Glazemakers de l'UIA. En raison de l'importance de cette approche, de sa renommée internationale et de son efficacité à différents niveaux, nous en donnons ci-dessous une explication plus détaillée.

Triple P: Positive Parenting Program: un programme pluridisciplinaire de soutien à l'éducation, sur plusieurs niveaux

Le *Triple P* est un programme de soutien à l'éducation développé par Sanders (1999). Il est axé de manière hiérarchisée et préventive sur les problèmes graves de comportement, d'émotivité et de développement chez les enfants. Le programme contribue à accroître les

connaissances, à améliorer les compétences, à augmenter la confiance en soi et à améliorer le travail d'équipe chez les parents.

Il comprend cinq niveaux différents d'intervention à intensité progressive. Chaque niveau possède sa propre cible et sa propre spécialisation, allant de très large pour tous les parents (niveau 1) à spécifique pour un groupe limité de parents (niveau 5). L'idée sous-tendant cette structure à plusieurs niveaux est que les enfants présentent différents niveaux de dysfonctionnement et de trouble des conduites. Les parents ont donc aussi des besoins et attentes différents en fonction du type et de l'intensité des problèmes et du type d'aide nécessaire. L'approche à plusieurs niveaux a été développée afin de maximaliser l'efficacité, de limiter les coûts, d'éviter une surabondance et de garantir que le programme ait une portée importante dans la société.

Le *Triple P* est en outre un programme qui fonctionne de manière pluridisciplinaire afin d'accroître les compétences des professionnels du terrain dans leur tâche de promotion de la parentalité compétente (Sanders, 2008). Les exercices du programme ne requièrent qu'une connaissance préalable de la psychologie et psychopathologie du développement des enfants. Il n'est pas nécessaire de disposer d'un diplôme spécifique pour pouvoir suivre la formation. De ce fait, tout le personnel de terrain peut être concerné.

La théorie de l'apprentissage social avec compréhension des interactions parent-enfant coercitives, fonctionnelles et dysfonctionnelles, reste la base théorique principale du programme (Patterson, 1982; Taylor & Biglan, 1998). En outre, un paradigme d'apprentissage opérant est largement utilisé ainsi qu'une analyse appliquée du comportement, mettant l'accent sur le contrôle des stimuli, la gestion des contingences, la confirmation et l'atténuation du comportement. Les recherches sur le développement normal des enfants au sein des familles fournissent des renseignements sur la façon dont les parents stimulent naturellement le développement émotionnel, cognitif, social et moteur de leurs enfants dans la vie quotidienne. **Ces interactions de stimulation développementale peuvent aussi être inculquées explicitement aux parents qui ne font pas la démarche spontanément.** La psychopathologie du développement fournit des connaissances sur des facteurs à risque et de protection pour le développement de la psychopathologie en général, et des troubles des conduites en particulier. Enfin, les théories sur l'importance du contexte écologique plus large constituent la base pour les interventions axées sur la mobilisation d'un soutien social destiné aux parents et à l'enfant, sur l'implication de l'environnement familial et scolaire et sur la promotion des contacts avec des pairs pro-sociaux. (Sanders, 2003)

Cette base théorique multiple mène à un programme basé sur 5 grands principes. Ceux-ci sont ensuite traduits en compétences concrètes qui peuvent être acquises grâce à des exercices pratiques. Les parents sont encouragés à créer pour leurs enfants un environnement familial sûr et impliqué. Cela requiert du temps, de l'attention, la pratique d'activités conjointes, une surveillance et un suivi, un accompagnement et de l'encouragement. L'objectif est de créer un environnement d'apprentissage positif dans lequel les parents réagissent de manière positive et constructive aux interactions de l'enfant et dans lequel ils l'encouragent à l'exploration, la création, la résolution de problèmes et l'acquisition d'autonomie et de compétences diverses. L'utilisation d'une discipline assertive positive est primordiale en lieu et place d'une discipline contraignante et négative comme les plaintes, les insultes, les injures, la provocation, la menace et les punitions. Pour faire preuve d'une discipline assertive, il faut établir des règles claires, les expliquer, montrer comment il est possible de les suivre et quelles sont les conséquences si on ne les suit pas. Pour un certain nombre de parents, les attentes à l'égard de leurs enfants doivent aussi être adaptées. Dans des situations concrètes de leur propre vie familiale, on examine systématiquement quels sont les objectifs psycho-développementaux réalistes concernant le comportement de leur enfant. A ceci s'ajoute le fait que les parents doivent aussi prendre

soin d'eux-mêmes en tant que parents. S'occuper de leur propre détente et bien-être, faire face au stress, demander de l'aide en cas de problèmes psychologiques et psychiatriques et mobiliser le soutien dans la vie quotidienne permettent d'accroître la résilience et de soutenir les compétences parentales.

Gradations des soins

Dans le niveau 1, on propose une stratégie universelle d'information qui fournit à tous les parents intéressés des informations détaillées sur la parentalité et l'éducation au moyen d'une campagne de promotion coordonnée. Ce niveau d'intervention utilise pour ce faire des médias imprimés et électroniques mais également des journaux d'information faciles d'emploi et des vidéos qui montrent les différentes stratégies en matière d'éducation. Ce niveau vise notamment à améliorer la réceptivité des parents à l'égard des programmes parentaux et de créer une attitude optimiste en indiquant des solutions pour les difficultés de comportement et de développement les plus fréquentes.

Le niveau 2 comporte une intervention au niveau des soins de santé primaires de courte durée (une à deux séances) consistant en un accompagnement développemental précoce pour les parents d'enfants présentant des problèmes de comportement ou de développement modérés.

Le niveau 3 repose sur une intervention de 4 séances visant les enfants présentant des troubles modérés des conduites. Il consiste en un entraînement actif des compétences pour les parents.

Le niveau 4 comprend un entraînement intensif de 8 à 10 séances individuelles, de groupe ou d'auto-apprentissage pour les parents d'enfants manifestant des difficultés de comportement plus sérieuses.

Le niveau 5 enfin est un programme d'intervention pour les familles où les problèmes de comportement chez les enfants perdurent ou dans lesquelles les problèmes éducationnels se compliquent en raison d'autres sources de stress familial (p. ex. conflits conjugaux ou dépression parentale).

Le programme est axé sur la stimulation du comportement parental qui prévient les problèmes émotionnels et de conduite chez les enfants. Les parents apprennent à utiliser des situations quotidiennes pour soutenir leurs enfants de manière plus adéquate et améliorer leur propre capacité à solutionner les problèmes. On essaie de renforcer les facteurs positifs au sein de la famille et de diminuer les facteurs de risque. On travaille plus spécialement sur trois facteurs:

- 1) l'accroissement des connaissances, des compétences, de la confiance, de l'indépendance et de l'inventivité des parents,**
- 2) la promotion d'environnements chaleureux, sûrs, impliqués, sans violence et avec peu de conflits pour les enfants, et**
- 3) la promotion des capacités sociales, émotionnelles, linguistiques, intellectuelles et comportementales des enfants par l'utilisation des compétences éducationnelles positives.**

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. L'intervention peut, dans chaque phase de développement, varier de très large (toute la population) à très spécifique (uniquement quelques enfants à haut risque). Cette flexibilité permet aux soignants de déterminer la portée dans les limites de leurs priorités en matière de soins et de leur budget (Sanders, et al., 2003).

Le programme est structuré à partir des 5 principes de base pour une parentalité positive. Ces principes se concentrent sur des facteurs de risque et de protection spécifiques (Sanders et al., 2003).

Le Triple P est d'abord centré sur des contextes sociaux significatifs pour les parents. Le programme offre ainsi un soutien éducationnel dans un large éventail de situations différentes appartenant à la vie quotidienne des parents. On utilise notamment les médias, les soins de santé, les garderies, l'école et l'environnement de travail pour permettre aux parents de prendre contact avec le programme.

En deuxième lieu, le Triple P donne aux parents des informations qui peuvent être appliquées aux besoins évolutifs des enfants qui grandissent, passant du nouveau-né à l'adolescent.

Un troisième caractéristique du programme est sa large applicabilité. Les parents peuvent avoir des besoins différents au niveau de l'intensité de l'intervention nécessaire pour qu'ils puissent solutionner un problème de manière indépendante. Le Triple P tente d'offrir le niveau minimal suffisant de soutien de sorte que les parents puissent éduquer leurs enfants eux-mêmes. Le programme tente d'y parvenir par le principe d'autorégulation.

Le quatrième principe est que le Triple P peut être adapté de manière flexible. Des programmes ont été développés qui varient en intensité (allant de 1 consultation de courte durée avec un soignant de première ligne à plusieurs interventions intensives).

Enfin, **les niveaux d'intervention peuvent être appliqués dans des situations en face à face, mais aussi via des groupes d'intervention et des programmes de soutien par téléphone ou d'auto-apprentissage.** Cette flexibilité fait en sorte que les parents peuvent travailler avec le programme d'une manière qui convient à leurs conditions de vie individuelles.

Le Triple P en Belgique

Le programme est actuellement examiné en Flandre quant à son efficacité. Une implémentation des 5 niveaux du programme se déroule pour l'instant dans la province d'Anvers. Dans le cadre de ce projet, 425 soignants ont été entraînés à différents niveaux. Les soignants sélectionnés proviennent de différents horizons (bien-être, santé mentale, aide particulière à la jeunesse, CLB, Agence flamande pour la personne handicapée, médecins généralistes, psychiatrie infantile, etc.) et possèdent des niveaux de formation différents. Chaque soignant formé s'est engagé à continuer d'aider un certain nombre de parents grâce au programme (le nombre dépend du niveau de formation). Le projet tente ainsi d'atteindre un effet au niveau de la population. L'efficacité du programme est évaluée par l'Université d'Anvers (*CAPRI-jeugd*).

Outre le projet provincial, *Kind en Gezin* a formé 200 infirmiers régionaux en province d'Anvers pour les niveaux 2 et 3 du programme afin de pouvoir utiliser les journaux d'information lors des contacts avec les parents aux différents niveaux de consultation. Ils pratiquent aussi l'accompagnement de courte durée et/ou l'entraînement court en compétences avec les parents concernant une question spécifique (niveau 3) durant les consultations pédagogiques. « Kind en Gezin » a également associé une évaluation scientifique à l'implémentation du programme.

6.2 Intervention sélective

La recherche dans le domaine de la psychopathologie du développement montre que des facteurs de risque peuvent déjà survenir à un stade très précoce du développement de l'enfant et accroître le risque de voir apparaître des troubles des conduites. Le fait de connaître ces facteurs de risque permet d'intervenir à titre préventif de manière plus ciblée.

La prévention sélective s'adresse aux enfants et adolescents qui courent un risque accru de développer des troubles des conduites. Le risque accru peut également être la conséquence

de facteurs environnementaux tels que le fait d'appartenir à un milieu défavorisé ou d'habiter dans un environnement urbanisé. Une intégration difficile à l'école et un contact avec des pairs déviants augmentent fortement le risque de développer des troubles des conduites. Dans un certain nombre de cas, le risque se situe dans le fonctionnement du système parental, à savoir des parents présentant eux-mêmes des troubles (problématique psychiatrique, toxicomanie, déficience mentale), des parents qui disposent de peu de soutien ou de compétences éducatives comme les jeunes mères célibataires ou en cas de conflits familiaux ou d'exposition à des événements traumatisants. Les facteurs infantiles à risque plus important se manifestent sous forme de tempérament difficile, mauvais contrôle des émotions, retards de la parole et du langage liés ou non à une intelligence plus faible, une impulsivité et des problèmes d'attention.

Pour ces groupes à risque, divers programmes de prévention ont été élaborés et un petit nombre d'entre eux ont été testés quant à leur qualité et satisfont aux critères de la validation empirique (Lemarquand et al., 2001 ;US department of Health and Human Services, 2001). Ces programmes de prévention peuvent être classés en fonction du groupe cible, à savoir l'enfant ou l'adolescent lui-même, les parents ou l'école et l'environnement au sens large. Une distinction est également 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 plus petits s'adressent principalement aux parents. Par le biais de visite à domicile ou d'autres formes d'assistance, les jeunes parents reçoivent des conseils sur les soins corporels à prodiguer à leur enfant et sur son éducation. Les études montrent que ce type de prévention est utile si elle s'étend sur plusieurs années et qu'elle commence très tôt, c'est-à-dire déjà pendant la grossesse. La dispense de conseil à la future mère peut faire en sorte que le développement prénatal de l'enfant se déroule le mieux possible afin d'éviter les troubles dans la régulation émotionnelle. Pour les enfants plus âgés également (3-12), la prévention sélective consiste principalement en une formation en compétences parentales. **Le programme Triple P décrit plus haut, notamment à partir du niveau 2, est un exemple de ce type de programme de prévention ciblé.** Le niveau 2 est une intervention de santé primaire de courte durée (une ou deux séances) qui consiste en un accompagnement développemental précoce pour les parents d'enfants présentant des problèmes légers de comportement ou de développement

Un autre exemple belge de prévention sélective ciblée: les « Opvoedingswinkels » (*boutiques de développement*). Etant donné que celles-ci peuvent également être considérées comme une forme systématique intéressante de prévention ciblée, nous donnons ci-après une étude plus détaillée d'un exemple de boutique de développement.

La boutique de développement (« De opvoedingswinkel »)

La boutique de développement a pour but de rétablir l'équilibre avec le parent et de remettre sur rails le système d'autorégulation qu'est l'éducation. C'est le domaine du soutien à l'éducation: aider les parents à éduquer leurs enfants au quotidien et à les faire grandir. Le soutien à l'éducation reconnaît la responsabilité pédagogique des parents et de la société et trouve sa légitimité dans le Traité International des Droits de l'Enfant (art.18).

La boutique de développement comme assistance dans le cadre de la pratique éducative journalière s'adresse à tous les (futurs) parents, isolés ou non, et aux enfants, en mettant au centre l'enfant et le parent. La boutique de développement part du point de vue que l'éducation est un processus entre les parents, les enfants et l'environnement, qui se règle en grande partie de lui-même: les parents savent généralement bien comment se comporter avec leurs enfants. Ils grandissent dans leur rôle d'éducateur et trouvent souvent l'approche correcte dans différentes situations éducationnelles. Cela ne tient pas uniquement aux qualités naturelles dont on dispose en tant qu'éducateur mais également au fait que les

enfants mettent leurs parents véritablement au défi de faire concorder leur approche avec ce dont ils ont besoin à ce moment précis.

Des circonstances comme le stress, un événement inattendu ou radical, une séparation, un déménagement, un caractère exubérant peuvent perturber cet équilibre au niveau de l'éducation. Les parents doutent parfois aussi de certains choix qu'ils doivent opérer ou ont épuisé toutes les idées concernant l'approche du comportement d'un enfant. On est parfois à court d'idées, fatigué, irrésolu, fâché ou simplement à la recherche d'une solution.

Une conversation consultative avec un consultant en éducation, un dépliant clair, ou assister à un cours pour parents avec d'autres parents ayant des enfants du même âge, peut parfois apporter un autre jour. Les parents rentrent chez eux avec de nouveaux trucs et de nouvelles idées et choisissent eux-mêmes la manière qui leur convient. Délégation de pouvoirs et responsabilisation sont le fil conducteur méthodique: les parents restent responsables de leurs enfants, même en cas de problèmes avec ceux-ci et certainement pour apporter des solutions à ces problèmes. Les armer pour faire face à ces problèmes fait également partie des objectifs du soutien éducationnel.

La boutique de développement veut faire sortir les questions ou problèmes éducationnels de la sphère taboue et leur donner une place dans la société. Sans « surprofessionnaliser » l'éducation, il peut ressortir des discussions avec les parents qu'il peut être utile de suivre un cours parental. Certains parents sont aussi rassurés de pouvoir partager leurs doutes en matière d'éducation avec un professionnel / paraprofessionnel sans être jugé de manière négative.

Le groupe cible est constitué de tous les parents et leurs enfants: des familles dans toutes leurs variantes, avec une attention constante pour le groupe de parents les plus vulnérables, tant allochtones qu'autochtones. Les partenaires des différents secteurs sont les suivants: le secteur du travail socioculturel et de bien-être, les autorités, l'enseignement, le secteur de l'aide aux personnes.

La boutique de développement ne travaille pas uniquement avec des professionnels mais vise à une intégration des forces et ressources des parents, des communautés, le tissu social, la politique et les organisations.

Tous les collaborateurs de la boutique de développement ont le titre de « consultant éducatif » et possèdent un diplôme pédagogique (sciences pédagogiques et psychologiques, travailleurs sociaux, gradués orthopédagogues, formation d'enseignant et sciences de la réadaptation). Chaque jour, ils travaillent avec l'ardeur et les compétences de professionnels, paraprofessionnels et volontaires. Le travail en réseau, le guichet de la boutique et les antennes dans les quartiers constituent le point de départ de tout le fonctionnement

La boutique de développement dispose d'un éventail d'offres de soutien à l'éducation, de projets et de programmes subdivisés en 7 clusters (voir www.opvoedingswinkel.be) :

1. la réalisation d'une borne d'information et d'une encyclopédie via la boutique de développement : Information et documentation sur tout ce qui concerne l'éducation, la croissance et le développement des enfants ;
2. l'offre d'un avis pédagogique sous forme de consultations, accompagnement de courte durée à domicile et d'orientation accompagnée ;
3. l'organisation de soutien éducationnel ciblé sur base de rencontres à thèmes, de cours pour parents et d'exercices ;
4. l'organisation de programmes de voisinage sur mesure pour des groupes cibles difficiles à atteindre ou en cas de besoins et nécessités spécifiques ;

5. l'organisation de trajets pédagogiques de courte durée pour les adolescents, leurs parents et leurs enseignants s'il s'avère que les choses pourraient mal se passer à la maison ou à l'école ;
6. l'offre d'un soutien éducationnel intensif de longue durée à domicile pour les familles à problèmes multiples si les problèmes sont persistants et complexes ;
7. de nouvelles initiatives ponctuelles ou projets renouvelés : *Eigen Kracht Conferenties* (EKC) (Conférences des forces propres).

La direction opte pour la qualité et espère une efficacité maximale. C'est pourquoi elle choisit des programmes et des projets ayant déjà prouvé leur qualité ailleurs et/ou scientifiquement fondés.

D'autres pays ont également développé et testé divers programmes de prévention ciblés. Parmi les autres programmes de prévention validés et utilisés à l'étranger pour les parents, on trouve notamment le projet *Elmira home visitation* et le *Montreal prevention experiment*.

Table 4 : Méthodes de prévention du trouble des conduites et exemples de programmes validés réalisés durant la petite enfance (0 à 3 ans).

Cible	Méthodes de prévention	Exemples de programmes
Parents	Visites à domicile	<i>Elmira Home Visitation</i>
	Soutien parental : éducation pour la santé, développement des habiletés parentales, <i>counseling</i> , etc.	<i>The Perry Preschool Study</i>
Enfants	Développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles	<i>The Perry Preschool Study / The Preschool Curriculum comparison Study</i>

L'Elmira Home Visitation Study 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. Ce programme est mis en place durant la période périnatale et préscolaire. Des infirmières abordent différentes thématiques avec la mère (les soins à l'enfant, le développement personnel de la mère par exemple) et tentent d'impliquer la famille ou les amis autour de la naissance, et de faciliter le lien avec les services de santé. Il y a en moyenne 9 visites durant la grossesse et 23 durant les deux premières années de l'enfant. L'évaluation après 15 ans de ce programme a montré qu'on observait moins de maltraitance, de consommation de drogues, de nouvelles grossesses et de comportements antisociaux chez les mères ayant bénéficié de ce programme et moins de comportements antisociaux et de consommation d'alcool et de drogues chez leurs enfants.

Pour ces enfants, 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. Parmi les compétences sociales utiles figurent la communication, la résolution de problèmes et le comportement pro-social. Sur le plan émotionnel, on travaille à une meilleure reconnaissance et un meilleur contrôle de ses émotions, à la maîtrise et à l'estime de soi. L'élargissement de la capacité de juger et de raisonner logiquement et la stimulation du développement scolaire sont axés sur les compétences cognitives. (Des exemples de tels programmes de prévention sont le *Perry Preschool Project*, *Second Step* et *Fast Track*)

Le **Perry Preschool Project Programs** s'adresse à des enfants de 3-4 ans ayant un faible QI et étant de famille de niveau socioéconomique faible. Il associe des visites à domicile, la formation des parents par des enseignants et un volet scolaire qui vise le développement des compétences cognitives. Plusieurs évaluations de ce programme ont montré des effets positifs à l'âge de 15, 19 et 25 ans (moins de comportements agressifs, d'arrestations et meilleures performances scolaires et professionnelles).

Enfin, le programme **Fast Track** associe la prévention universelle à la prévention sélective et indiquée. Il complète en fait le programme PATHS (*Promoting Alternative Thinking Strategies*), implanté en primaire, par d'autres composantes impliquant les parents, les enfants, l'école et les pairs (les composantes sélectives étant appliquées dans des quartiers à risque, auprès d'enfants sélectionnés selon leur niveau d'agressivité évalué en maternelle). Les parents et les enfants bénéficient de formations en groupe, associées à des interventions individuelles (visites à domicile, soutien scolaire, activités par deux en classe), et ce jusqu'à l'adolescence. Les premiers résultats des évaluations de ce programme montrent des effets positifs (moins de comportements agressifs et oppositionnels rapportés par les parents et moins de problèmes de comportement évalués par les enseignants à la fin de chacune des trois premières années du programme).

Dans le cadre de la prévention à l'école, les enseignants sont formés aux compétences éducatives adaptées à l'environnement scolaire. Il s'agit d'un enseignement axé sur la collaboration élève / enseignant, la gestion proactive, la discipline positive, la sanction, un suivi minutieux et la résolution de problèmes de conflits sociaux.

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. (Voici quelques exemples à ce sujet (cfr. Tableau 5))

Table 5 : Méthodes de prévention du trouble des conduites et exemple de programmes validés appliqués durant l'enfance et l'adolescence (3 à 16 ans)

Cibles	Méthodes de prévention	Exemples de programmes
Jeunes	Développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles	<i>Second Step</i> : programme universel unimodal (4-14 ans) <i>Promoting Alternative Thinking Strategies</i> : programme universel unimodal (6-10 ans) <i>Linking the Interests of Families and Teachers</i> : programme universel multimodal (6-10 ans) <i>Seattle Social Development Project</i> : programme universel multimodal (6-10 ans) <i>The Perry Preschool Study / The Preschool Curriculum Comparison Study</i> : programme sélectif multimodal (3-4 ans) <i>Montreal Preventions Experiment</i> : programme indiqué (7-9 ans) <i>Fast Track</i> : programme multimodal indiqué (6-10 ans)
Parents	Formation parentale : discipline positive, gestion de la colère de l'enfant, communication, etc.	<i>Linking the Interests of Families and Teachers</i> : programme sélectif et indiqué <i>Seattle Social Development Project</i> : programme sélectif et indiqué <i>Montreal Prevention Experiment</i> : programme sélectif et indiqué <i>Fast Track</i> : programme sélectif et indiqué <i>The Incredible Years Series</i> : programme sélectif-indiqué multimodal (2-10 ans)
Enseignants	Formation : enseignement coopératif, résolution de problèmes, management proactif, renforcement positif, etc.	<i>The Incredible Years Series</i> : programme universel, sélectif, indiqué <i>Seattle Social Development Project</i> : programme universel, sélectif, indiqué
Environnement	Amélioration de l'environnement scolaire	<i>School Transitional Environment Project</i> : programme universel unimodal (10-16 ans) <i>Olweus Bullying Program</i> : programme universel unimodal (6-15 ans)
	Support adulte (<i>mentoring</i>)	<i>Big Brother/Big Sister of America</i>

Les programmes de prévention universelle ou sélective utilisent une ou plusieurs de ces méthodes. Certains d'entre eux ont par ailleurs pu être validés.

Le ***Promoting Alternative Thinking Strategies*** (PATHS) par exemple est un programme de prévention universelle qui ne s'adresse qu'aux enfants de l'école primaire (6-10 ans). Il cherche en fait à développer chez eux de nouvelles compétences sociales et émotionnelles (contrôle de soi, compréhension des émotions et des relations interpersonnelles, résolution de problèmes interpersonnels). Il vise ainsi à renforcer les facteurs de protection et à diminuer les facteurs de risques. Pour cela, 151 sessions sont organisées à l'école, sur 5 ans. Celles-ci sont complétées par des devoirs à la maison et des lettres d'informations régulièrement envoyées aux parents. Les évaluations de ce programme ont toutes montré

des résultats positifs après 2 ans (moins de problèmes de comportement, meilleur fonctionnement adaptatif).

L'**Olweus Bullying Prevention Program** est un autre programme de prévention universelle, qui n'agit quant à lui que sur l'environnement scolaire. Son objectif est de réduire le niveau d'agression et de conflit dans les établissements (primaires et secondaires). Un état des lieux des agressions scolaires est d'abord réalisé, et la prise de conscience est favorisée, pour ensuite réfléchir à des solutions. Des interventions sont alors mises en place dans les classes (ateliers, règles spécifiques) et durant les moments d'interclasse. Des rencontres individuelles sont aussi organisées avec les victimes ou les auteurs d'actes agressifs (et leurs parents). Les différentes évaluations de ce programme ont montré, après 20 mois, une amélioration du climat scolaire et une diminution des comportements agressifs et antisociaux.

Le programme **Seattle Development Project** est quant à lui un programme de prévention universelle qui touche à la fois les parents et les enseignants. Il tente en effet de prévenir les comportements à risque à l'adolescence en renforçant les liens avec la famille et l'école, pour agir sur les facteurs de risque. Il offre donc des formations tant aux enseignants qu'aux parents, durant l'ensemble du cursus primaire (par exemple, pour les enseignants, sur l'enseignement interactif ou l'apprentissage coopératif, et, pour les parents, sur l'amélioration des capacités de régulation et de support ou sur la drogue et les comportements antisociaux). L'évaluation de ce programme a montré des effets positifs sur les comportements violents et délinquants, l'abus d'alcool et l'engagement au niveau scolaire à l'âge de 17-18 ans.

6.3 Interventions psychologiques et sociales axées sur le traitement des troubles des conduites en ambulatoire

Dans un certain nombre de cas, la prévention universelle et ciblée ne suffit pas pour prévenir l'émergence et le développement de difficultés comportementales. Dans ces cas-là, des interventions sont nécessaires pour aider les familles à faire face aux problèmes. Ces interventions reposent sur un certain nombre de principes de base et sont surtout axées sur le contexte de vie de l'enfant ou de l'adolescent. Ces interventions contextuelles sont complétées par des interventions individuelles et, pour un nombre limité d'enfants, par une aide pharmacologique.

6.3.1 Principes de base

Les connaissances relatives aux variables intervenant dans l'émergence et le développement des troubles des conduites chez les enfants et les adolescents constituent la base du traitement. Des paramètres tant biologiques, psychologiques que sociaux pouvant être mis en cause, le traitement sera également élaboré selon un modèle bio-psycho-social. En fonction de la nature des éventuels facteurs physiologiques congénitaux ou acquis et de leur influence sur le fonctionnement, un traitement pharmacothérapeutique peut être indiqué (voir point 6.7). En cas de troubles des conduites sévères et de comorbidité, c'est le plus souvent le cas. La part des médicaments dans l'ensemble du traitement de ces troubles est toutefois limitée car ils ne sont efficaces que pendant la période de leur prise et n'entraînent aucun changement permanent dans le comportement du sujet. A cette fin, des interventions sont nécessaires pour agir sur des paramètres psychologiques et sociaux.

Les psychologies cognitives, du développement, de l'apprentissage et de la personnalité constituent la base principale des interventions axées sur le fonctionnement psychologique individuel de l'enfant ou de l'adolescent. Une psychologie sociale et une connaissance du fonctionnement des réseaux relationnels comme la famille, l'école, les camarades et le milieu social plus élargi, constituent les piliers

des aspects relationnels et écologiques du traitement. Ces deux niveaux d'interventions sont nécessaires pour produire des changements suffisamment importants et durables.

L'aperçu des traitements validés de manière empirique (Brestan & Eyberg, 1998; Kazdin & Weisz, 1998; NIMH, 2001)⁸ reprend principalement des programmes multimédias dans lesquels les interventions centrées sur la personne sont complétées par des interventions tournées vers les différents contextes de vie de l'enfant ou de l'adolescent. En matière de thérapie familiale, quatre programmes sont retenus comme étant réellement validés de manière empirique et sont, de ce fait, aussi recommandés : le *Positive Parenting Program* ou *Triple P*, la *Functional family therapy* ou FFT, la *multisystemic therapy* ou MST et le *Multidimensional Treatment Foster Care* ou MFTC. **La formation en compétences parentales étant le point essentiel dans chaque programme**, il convient avant toute chose d'examiner brièvement les éléments de base de celle-ci. Dans la suite, nous faisons une distinction entre les interventions principalement axées sur la famille et celles qui visent un changement de comportement chez l'enfant ou l'adolescent lui-même.

6.3.2 Traitements familiaux

6.3.2.1 Formation en compétences parentales

Cette formation constitue, pour ainsi dire, le cœur des programmes de traitement plus vastes décrits ci-dessous. Elle consiste, d'une part, à favoriser une attitude positive à l'égard de l'enfant, ce qui implique que les parents incluent explicitement dans leur planning journalier du temps et de l'attention pour leur enfant. En outre, des compétences éducationnelles concrètes sont acquises. Pour parvenir à une attitude positive à l'égard de l'enfant, il faut tout d'abord que les familles soient amenées et aidées à parler. Les familles sont incitées à dégager de manière explicite du temps chaque jour pour dialoguer. Le temps minimum nécessaire pour un contact explicite avec l'enfant diffère en fonction de l'âge. Il est conseillé à la famille, dans la mesure du possible, de se réunir de temps à autre, tout comme dans n'importe quelle équipe, pour d'abord s'écouter mutuellement et ensuite chercher des solutions. Ceci ne signifie pas que les enfants et les adolescents participent à toutes les décisions. Les parents continuent de prendre les décisions mais ils ont d'abord écouté leurs enfants. Pour que ces moments de réunion ou de concertation se déroulent au mieux, il faut apprendre les stratégies minimales de concertation. **La meilleure manière pour y parvenir est de faire participer les thérapeutes aux premières réunions de sorte qu'ils puissent servir de modèle ou montrer les compétences de base.**

Outre une modification d'attitude, des compétences éducationnelles concrètes sont également acquises. Ceci constitue la partie la plus importante de la formation en compétences parentales. Cette formation est dans une large mesure basée sur un paradigme d'apprentissage opérant et peut être donnée soit individuellement soit à des groupes de parents. Dans notre pays, on parle également de thérapie de médiation. Sur base d'exemples réels de situations parentales et à l'aide d'explications et d'exercices, les parents apprennent à inculquer à leurs enfants un comportement prosocial et respectueux des règles. **Parmi les compétences parentales importantes on trouve : prévoir du temps et de l'attention pour l'éducation, adopter une attitude éducationnelle positive, affectueuse et acceptante, savoir écouter et observer son enfant, partant de là établir des objectifs réalistes sur le plan psycho-développemental, pouvoir faire comprendre clairement à l'enfant ces objectifs de manière concrète et sous la forme d'un comportement souhaité, travailler principalement en confirmant l'attitude souhaitée afin d'atteindre ce but et, en deuxième instance seulement, utiliser des atténuateurs tels que la négation, la sanction négative pour un comportement indésirable, ou**

⁸ La plupart de ces études ont été menées aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne.

d'autres techniques spécifiques comme celle qui met fin à la discussion pour la reprendre plus tard (technique du « *time out* »).

Pour réaliser cela, différents auteurs ont développé des programmes spécifiques pour les formateurs et les parents. Par exemple, le programme *Living with children* (Patterson, 1976), traduit en néerlandais par Bosch (*Omgaan met kinderen*). Dans la *Home video training* de Webster-Stratton (1996), les compétences sont mises en pratique à l'aide de brefs exemples sur vidéo de situations parentales difficiles. Grâce à ce *coaching* visuel, les compétences de base, telles que décrites ci-dessus, ainsi que les compétences plus difficiles comme la négociation, la résolution de problèmes, et la gestion de conflits graves ou d'agressions, peuvent être acquises. Outre la vidéo d'entraînement, les parents reçoivent des exercices concrets à appliquer chez eux.

Faisant suite à la vidéo de training parental, Webster-Stratton a développé une vidéo de **formation pour les enfants visant à acquérir des compétences sociales et à apprendre à résoudre des problèmes. Il s'agit du développement de l'empathie et du jeu de rôles, du contrôle de l'agressivité, de la communication et du comportement bio-social dans les relations avec les camarades, les parents et les enseignants.** S'il s'avère que l'association du *training* parental et du *training* individuel donne les meilleurs résultats, elle n'en nécessite pas moins une main-d'œuvre plus importante et est plus onéreuse (pour un aperçu des résultats, voir Fonagy & Kurtz, 2002).

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. C'est le cas pour le *Positive Parenting program*, la thérapie familiale fonctionnelle, la thérapie multisystémique et le *Multidimensional Treatment Foster Care*.

6.3.2.2 Positive parenting program (Triple P)

Le *Positive Parenting Program* a été décrit plus haut comme étant un programme de prévention intéressant et appliqué dans notre pays. Cette approche familiale basée essentiellement sur un paradigme d'apprentissage social (Patterson, 1982) peut aussi être appliquée dans le cadre du traitement de problèmes comportementaux. Le soutien empirique relatif à l'efficacité du programme de prévention et de traitement des troubles des conduites est solide (Kazdin, 1987; Sanders, 1996; Taylor & Biglan, 1998; Webster-Stratton, 1997).

Le programme comporte 5 niveaux d'intervention tels que décrits plus haut. A partir du niveau 3, il est question de traitement.

Pour les parents d'enfants présentant un retard de développement et/ou un handicap, un programme distinct, à savoir le *Stepping Stones*, est prévu.

Le *Positive Parenting Program* est actuellement utilisé dans de nombreux autres pays. En Belgique, la province d'Anvers et Kind & Gezin ont lancé une série de journées d'étude et de formation.

Son utilisation commence aussi à se développer en Communauté Française de Belgique dans le cadre du programme de recherche H2M (cfr. supra). Un inventaire des aides et services disponibles en Communauté française a été réalisé en adoptant l'organisation en cinq niveaux telle qu'elle est proposée dans le Triple P. Cette manière nouvelle de penser la prise en charge précoce s'est avérée particulièrement pertinente. En outre, des outils spécifiques pouvant être utilisés dans le cadre de la guidance parentale sont en cours d'élaboration. Ainsi, un programme comprenant plusieurs séances de groupe a été défini et un Cd-rom pour la guidance éducative parentale a été mis au point. Ces outils développés dans le cadre du programme H2M sont mis à l'épreuve dans des recherches empiriques.

6.3.2.3 *Thérapie familiale fonctionnelle (TFF)*

Dans cette forme de traitement (Alexandre et al., 1982, 1998, 2002), la formation en compétences parentales est intégrée aux interventions centrées sur l'aide aux familles difficilement accessibles, connaissant des problèmes multiples. Elle est dispensée par des formateurs expérimentés sur un ensemble de 12 séances au minimum. Elles se déroulent en centre ou dans la maison familiale. La thérapie se divise en trois phases. Dans la première phase « engagement et motivation », le praticien construit une relation de confiance avec la famille en s'intégrant dans le système. Une attitude de base incluant respect, acceptation et disponibilité est indispensable.

Ceci permet, durant la deuxième phase, de travailler sur la communication au sein de la famille, les aptitudes à résoudre les problèmes et les compétences parentales. Le thérapeute s'efforce de mettre en place une communication plus efficace (écoute active, expression des souhaits, émission de messages directs, clairs et brefs). L'objectif est de rendre la famille vigilante à l'égard des échanges négatifs (reproches, accusations, critiques, négation) et de les remplacer par des échanges positifs (intérêt, partager des expériences, complimenter, demander des explications, etc.). Un élément important de cette deuxième phase consiste en une formation en compétences parentales telle que traitée précédemment. Pour les familles avec de jeunes enfants et lorsque les problèmes comportementaux ne se sont pas encore trop étendus à d'autres contextes, il s'agit de la principale composante de l'intervention. Pour les enfants plus âgés également, cette formation en compétences parentales reste importante outre d'autres interventions centrées sur l'adolescent lui-même, l'école, le travail et les loisirs.

La troisième phase vise une généralisation des changements positifs obtenus aux relations avec les autres acteurs dans le contexte : le quartier, l'école, d'autres instances de soins de santé et le système judiciaire. Le but est d'ancrer les changements en renforçant les relations entre la famille et les sources d'aide de sorte que le soutien et le suivi restent assurés.

Les recherches montrent des résultats positifs de ce traitement en comparaison à différents groupes de contrôle. Le comportement s'améliore, le risque de rechute s'amoinde et, en cas de récurrence, il s'agit d'un comportement problématique moins grave (Henggeler & Sheidow, 2003).

6.3.2.4 *Thérapie multisystémique*

Pour des enfants plus âgés et en cas de problèmes comportementaux plus graves, la thérapie multisystémique est le modèle de traitement le plus étudié. L'intervention se déroule d'une manière plus systématique qu'au niveau de la TFF dans les différents systèmes dont l'enfant ou l'adolescent fait partie, à savoir, la famille, le groupe de pairs, l'école, l'environnement de travail, le quartier et les contacts établis dans le cadre des loisirs. Comme dans la TFF, l'objectif est d'améliorer les compétences parentales dans le domaine de l'éducation et du suivi des adolescents. Un volet individuel s'attache aux compétences sociales et académiques des adolescents. En outre, on tente clairement de réduire au maximum les contacts avec le groupe de pairs déviants et de favoriser les liens avec des groupes de soutien conventionnels comme la famille, l'école, le sport ou les organisations de loisirs. Pour les interventions dans ces différents systèmes, on utilise des méthodes et techniques de thérapie cognitivo-comportementale et systémique-théorique.

La thérapie multisystémique est réalisée par des équipes de 3 à 4 professionnels spécialement formés, qui sont constamment supervisés. Ils sont joignables 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 afin de pouvoir intervenir rapidement lors de situations de crise.

L'accompagnement dure en moyenne 5 à 6 mois et se complète d'un suivi. De ce fait, cette intervention est l'une des plus onéreuses.

Les résultats sont positifs. Des études contrôlées indiquent que l'intervention diminue l'activité criminelle, le recours à la violence, la consommation de substances et le pourcentage d'arrestations et de placements voire d'incarcérations. Lors du suivi, ces résultats restent stables et le pourcentage de rechute est également moins élevé que dans les groupes non suivis ou traités à l'aide d'autres approches (Borduin, 1999).

6.3.2.5 Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Cette approche est considérée comme donnant les meilleurs résultats pour les jeunes présentant des problèmes de comportement et abusant de substances. Plusieurs études montrent que MDFT retient et engage les adolescents et leur famille dans le traitement, réduit l'usage de cannabis et autre substances, diminue les contacts avec des pairs déviants, améliore le fonctionnement familial et scolaire et réduit la délinquance et les symptômes tant internalisés qu'externalisés (trouble du comportement), tout cela plus que les traitements comparatifs. Les adolescents, leur famille et les thérapeutes apprécient cette approche (Dennis et al., 2004 ; Hogue et al., 2002 ; Liddle et al., 2001 ; Liddle, 2002). Quatre études américaines et une étude belge montrent en outre une baisse significative avec MDFT de comportements délinquants et d'affiliation avec des pairs délinquants (Hogue et al., 2002, Liddle et al., 2001 ; Liddle et al., 2008a ; Liddle et al., 2008b ; INCANT, Rapport 2010).

Cette approche présente l'avantage de prendre en compte le trouble des conduites et l'abus de substances qui sont très souvent associés (cfr supra). Il faut également souligner qu'une expertise existe en Belgique dans la prise en charge thérapeutique et la formation des thérapeutes au modèle MDFT (INCANT, Rapport 2010), sur l'initiative du Ministère de la Santé Publique

Cette approche partage bon nombre de points communs avec la Thérapie multisystémique : Grande disponibilité des thérapeutes, interventions à différents niveaux (adolescents, parents, famille, école, tribunal, groupe de pairs, amis, etc.) suivi intensif sur une durée de 6 mois. L'objectif est de cibler les facteurs de risque et de protection aux différents niveaux (individuels, familiaux et environnementaux), de travailler à augmenter les facteurs de protection et de minimiser les facteurs de risque pour permettre à l'adolescent de reprendre une trajectoire développementale normale. Les atouts de cette approche reconnue sont les dispositifs pour créer l'alliance thérapeutique avec des adolescents souvent peu compliants et le dispositif spécifique concernant l'abus de substances.

Le Multidimensional treatment foster care (OTFC) et le Community systems based interventions.

Dans un certain nombre de cas, le traitement de l'enfant ou de l'adolescent atteint de trouble des conduites consiste en un placement de celui-ci dans des centres ou institutions spécialisés. Cette solution a récemment été remise en cause pour différentes raisons. Le coût en terme d'hébergement adapté, et souvent sécurisé, ainsi qu'un personnel spécialisé disponible 24/24 h sont élevés. Regrouper des adolescents ayant des troubles des conduites comporte aussi un risque d'élargissement de l'arsenal de comportements agressifs et déviants. Même si des améliorations peuvent être enregistrées dans l'institution, il est loin d'être certain que celles-ci se généraliseront dans l'environnement naturel, ultérieurement.

En guise d'alternative pour les adolescents qui, en raison de la gravité des problèmes ou du manque de possibilités d'éducation, ne peuvent pas rester dans leur propre famille, on utilise depuis quelques années le placement en famille d'accueil comme dans le Multidimensional treatment foster care (MTFC) (Chamberlain & Mihalic, 1998). Dans le cadre de cette forme de prise en charge, la famille d'accueil ainsi que la famille

naturelle reçoivent toutes deux une formation en compétences parentales. La famille d'accueil de l'adolescent est accompagnée et soutenue quotidiennement, aussi bien individuellement que par le biais de réunions hebdomadaires de groupe avec d'autres familles d'accueil. Outre un changement de comportement au sein de la famille comme dans l'intervention multisystémique, l'objectif est d'améliorer l'intégration des adolescents à l'école et de développer les contacts avec des pairs non déviants.

Étant donné que cette forme de traitement est plus récente, les études quant à son efficacité sont encore peu nombreuses. Les deux études disponibles montrent des résultats prometteurs en termes de suivi du traitement et de diminution des comportements problématiques comme il ressort du nombre de jours de détention et de rechute (Chamberlain, 1990; Chamberlain & Reid, 1998; Huey et al., 2000).

La plupart des approches contextuelles tentent, dans la mesure du possible, de s'adresser aux parents. Lorsque ces derniers ne sont pas disponibles ou disposés à continuer de s'investir dans l'éducation, il faut oser envisager des alternatives. **Prévenir et traiter des problèmes comportementaux est impossible sans une attitude positive minimale à l'égard de l'adolescent, quels qu'aient pu être ses actes. Une acceptation positive inconditionnelle de la personne (et non de ses actes) constitue la base comme l'exprime Adriaenssen : « je geneest niet zonder liefde » (on ne guérit pas sans amour).** Cela peut s'avérer impossible pour le principal intéressé, surtout lorsqu'il existe une escalade trop négative avec blessures réciproques profondes. La victime de violences, qu'elle soit parent ou enfant, n'est pas la première personne indiquée pour aider l'auteur des faits. Le fait que les individus soient souvent à la fois victime et coupable rend les choses encore plus difficiles. Travailler avec des *Buddy's* peut dans ce cas constituer une solution.

6.3.3 Interventions centrées sur les enfants

Les interventions centrées sur l'enfant atteint de troubles des conduites sont généralement constituées d'une formation en compétences sociales. C'est notamment le cas dans le *problem solving training* inspiré par la thérapie cognitivo-comportementale. Les enfants atteints de ces troubles font souvent preuve d'une interprétation différente du comportement d'autrui en le considérant comme hostile et provocant. L'adolescent réagit à cette situation par un comportement agressif et dispose de peu d'alternatives. Grâce à des exercices et des jeux de rôle, un travail est réalisé sur l'interprétation de situations sociales et la manière d'y faire face en élargissant l'arsenal de comportements pro-sociaux dans de nombreuses situations sociales (Kazdin et al., 1992).

Une méta-analyse des effets de cette forme d'intervention et des interventions de thérapie cognitivo-comportementale similaires, réalisée par Bennett & Gibson (2000), montre des effets positifs faibles à modérés sur le comportement problématique à la maison et à l'école, notamment chez les enfants à partir de 10-11 ans. Cependant, il ressort clairement que les effets des traitements individuels sont moins importants que ceux enregistrés pour les traitements familiaux, et que l'association des deux assure les meilleurs résultats.

6.4 Interventions en milieu scolaire

6.4.1 La politique de lutte contre l'absentéisme scolaire menée par le département de l'Enseignement de la Communauté flamande

6.4.1.1 Prise de position et contexte

Depuis la dernière décennie, la Communauté flamande estime que tous les jeunes âgés de 6 à 18 ans ont le droit à l'enseignement mais ajoute également que ce droit

est contraignant. Il faut souligner que ce droit contraignant n'est pas lié à la fréquentation scolaire, encore moins à la fréquentation scolaire dans une institution de la Communauté flamande. L'enseignement à domicile, l'enseignement privé, l'enseignement en Communauté française ou à l'étranger peuvent être reconnus comme alternative à part entière à la fréquentation scolaire régulière. Une autre distinction est prévue en ce sens que **les jeunes qui participent à l'enseignement régulier doivent le suivre à plein temps jusqu'à l'âge de 16 ans. Ensuite, trois alternatives à temps partiel s'offrent à eux : enseignement à temps partiel, formation à temps partiel ou le Syntra (cette dernière formule permet aux jeunes de se former à un métier grâce à ce que l'on appelle le *Leertijd* ou apprentissage).**

D'un point de vue positif, le droit à l'éducation est justifié sur la base de la garantie de possibilité de développement de tous les enfants et adolescents, en particulier ceux issus de familles défavorisées financièrement et/ou culturellement (*het Gelijke Kansen Beleid* - la politique d'égalité des chances). Leur pleine participation à la vie sociale doit être soutenue par un processus d'enculturation dans lequel une formation adéquate constitue un élément essentiel.

Dans un sens plus restrictif, le décrochage scolaire total et l'absentéisme régulier aux activités d'enseignement sont perçus comme de sérieux facteurs de risque de marginalisation et même de criminalisation. Comme mentionné à plusieurs reprises ailleurs dans ce rapport, les formes graves d'absentéisme scolaire sont considérées comme des troubles des conduites. Il convient de différencier le comportement absentéiste. Dans une structure arborescente (Département Enseignement 1996, p. 10) l'école buissonnière générale se retrouve au sommet. Ensuite, on distingue l'absence autorisée et non autorisée. La différenciation suivante concerne le décrochage absolu (aucune inscription n'est enregistrée) et l'absence relative non autorisée. Dans ce dernier cas, quatre catégories entrent en ligne de compte, allant de l'événement occasionnel au permanent. Vettenburgh et Huybrechts (2001) classent l'école buissonnière parmi les comportements antisociaux, sous la catégorie « délits statutaires ». Il s'agit de comportements qui, en soi, ne sont pas des délits mais qui ont un lien avec les obligations statutaires d'une personne. Il est question dans ce cas du droit obligatoire pour un mineur de suivre un enseignement quel qu'il soit et de pouvoir en apporter la preuve. On établit une dernière distinction entre absentéisme de luxe et absentéisme d'avertissement. Le premier implique l'absence scolaire en raison d'une prolongation des vacances ou d'activités familiales (en général avec le consentement voire même à l'initiative des parents). **La préoccupation du gouvernement concerne surtout l'absentéisme comme signal d'alarme pour des problèmes psychosociaux sous-jacents.**

6.4.1.2 Causes et prévalence de l'absentéisme à l'école

Dans la proposition faite au parlement flamand pour « een sluitende aanpak voor spijbelen en schoolverzuim » (une approche efficace contre l'absentéisme et l'école buissonnière) (février 2006), quatre types de causes sont mises en évidence.

1. Causes liées à l'élève : entre autres, peur de l'échec, relation perturbée avec l'école, fossé entre l'école et l'environnement des adolescents, mais surtout lassitude de l'école et démotivation.

2. Causes en relation avec les parents et la famille : notamment, impuissance et manque de guidance de la part des parents, milieu défavorisé, fossé entre l'école et la culture familiale.

3. Causes liées à l'école : manque d'organisation, absence d'un accompagnement sérieux de l'élève, contrôle des présences défectueux.

4. Causes sociales : notamment, la scolarité obligatoire jusqu'à 18 ans par opposition au désir d'indépendance des jeunes, perspectives d'avenir incertaines, subculture chez certains jeunes.

Au cours de l'année scolaire 2005 – 2006, 0,6 % des élèves de l'enseignement secondaire normal de plein exercice a connu plus de 30 demi-journées d'absence injustifiées ; dans l'enseignement secondaire spécialisé de plein exercice ce chiffre monte à 3,3 %. Dans l'enseignement secondaire à temps partiel, on a enregistré 21,3 % des étudiants ayant manqué plus de 20 demi-journées sans justification. Comme nous pouvons le constater, un critère différent d'absentéisme scolaire est utilisé pour l'enseignement à plein temps et celui à temps partiel.

6.4.1.3 *Approche intégrée du problème de l'école buissonnière*

L'inspection scolaire a souligné que les écoles étaient trop tournées vers la remédiation en cas de problème et pas assez vers la prévention. En outre, elle a constaté qu'une attention unilatérale était accordée à l'élève individuel et trop peu au contexte scolaire. L'enregistrement laissait à désirer et la collaboration avec le CLB (centre d'encadrement pour élèves) était insuffisante. Plusieurs facteurs ont amené le ministre de l'Education et de l'Emploi à élaborer une approche intégrée du problème. Celle-ci est traduite dans douze actions (disponible sur le site Internet www.ond.vlaanderen.be/leerplicht). La méthode vise à impliquer différents partenaires dans la diminution de l'absentéisme scolaire : les élèves eux-mêmes, les parents, les écoles, le CLB, le département « Welzijn » (bien-être), les autorités fédérales (notamment la justice) et les administrations locales.

Action 1 : Campagne d'informations à l'intention des parents, médecins, prestataires de soins et écoles. La volonté est de sensibiliser toutes les personnes concernées afin qu'elles prennent leur responsabilité en la matière.

Action 2 : Les écoles doivent s'occuper davantage de reconnaître les signaux d'alarme de manière précoce et précise. Il est ainsi possible d'agir plus rapidement et donc à titre préventif. Un plan d'action est élaboré en collaboration avec l'accompagnement pédagogique et le CLB.

Action 3 : Créer un climat positif à l'école, qui doit surtout être réalisé par les enseignants. Si l'école n'y prête pas assez d'attention, un accompagnement peut être imposé.

Action 4 : Une coopération entre l'école et le CLB dans le domaine de l'absentéisme doit être explicitée dans les contrats et plans de gestion. Une brochure *Spijbelkijkwijzer* a été élaborée pour l'enseignement primaire et secondaire comprenant des informations destinées aux écoles et aux CLB (www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/kijkwijzer).

Action 5 : La collaboration entre l'école et les parents doit être renforcée, en particulier avec ceux issus de milieux défavorisés. Contacter des organisations qui s'occupent de personnes défavorisées et d'allochtones est une des possibilités.

Action 6 : Développer une politique spécifique pour un groupe-cible, plus précisément pour les enfants en bas âge, les étudiants à temps partiel et les enfants placés en institution. Il est préférable que les tout-petits aillent à l'école le plus tôt possible. Les élèves à temps partiel doivent s'engager à plein temps. S'ils échouent, cela pourrait influencer leur salaire de manière négative. Les admissions en internat doivent être mieux enregistrées.

Action 7 : Les médecins doivent être sensibilisés à prendre leur responsabilité en matière d'absentéisme scolaire. Les certificats médicaux masquent souvent le problème, ou pire encore, contribuent à cette tendance.

Action 8 : Le problème de l'école buissonnière doit être soulevé dans l' *Integrale Jeugdhulp* où le CLB a un rôle de coordination.

Action 9 : Une approche intensive est souhaitée dans le cas de graves problèmes d'absentéisme, surtout au niveau familial. Cette méthode doit être adaptée et un appui du projet d'éducation doit être proposé.

Action 10 : En cas de refus évident, il convient de procéder à des poursuites judiciaires et à des sanctions. Si les parents refusent de coopérer, ce refus est transmis au parquet et l'on insiste auprès du ministre de la Justice pour qu'une approche cohérente soit mise en œuvre. Il est à souligner qu'une approche adéquate du problème de l'absentéisme agit de manière préventive par rapport à la délinquance.

Action 11 : Une politique adéquate contre l'absentéisme scolaire est surtout nécessaire dans les grandes villes. Les autorités locales s'occupent de faire intervenir le CPAS et la police.

Action 12 : L'enregistrement de l'absentéisme scolaire est réalisé de manière plus précise et s'applique dès le troisième jour de l'année scolaire. Les élèves doivent être inscrits au premier jour de l'année scolaire et doivent aussi être présents. Le système de contrôle qui vérifie si les étudiants ne suivent pas une scolarité ailleurs (Communauté française, à l'étranger, enseignement privé, etc.) doit fonctionner plus minutieusement et le délai de vérification doit être fortement raccourci.

6.4.1.4 Premiers résultats en Flandre

Au cours de l'année scolaire 2008 – 2009, 1.100 élèves étaient absents de manière injustifiée les trois premiers jours de l'année. Auparavant, cette vérification s'effectuait le 1er octobre. Les 1.100 élèves manquants étaient répartis sur les niveaux d'enseignements suivants : 30 en maternelle, 671 en primaire et 399 en secondaire. Il s'agit d'une augmentation de 15% par rapport à l'année précédente, mais sans doute la conséquence d'un meilleur recensement. Cinquante-six dossiers concernent des cas de récurrence : ces élèves manquaient déjà à l'appel l'année précédente. Ces dossiers sont analysés minutieusement, l'école ou le CLB en recherche la cause et des actions sont entreprises.

Un communiqué de presse rapporte que les élèves qui suivent la formule Syntra (apprentissage) voient leur absentéisme aux cours diminuer d'un tiers et leur taux d'échec baisser également d'un tiers. Des formateurs contre l'absentéisme scolaire sont impliqués à partir de quatre absences injustifiées.

6.4.2 L'obligation scolaire en Communauté Française

En Communauté française, le respect de l'obligation scolaire, qui incombe aux parents, à la personne investie de l'autorité parentale ou à la personne qui assume la garde de fait du mineur, est contrôlée par le service du contrôle de l'obligation scolaire.

De manière générale, le chef d'établissement, le pouvoir organisateur de l'établissement ou son délégué est encouragé à initier, développer et poursuivre tout partenariat qui favorise une meilleure coordination des interventions sur le terrain en faveur des jeunes, dans le respect des compétences et des missions de chacun.

Les secteurs concernés par ce type de partenariat sont, outre l'établissement scolaire, l'ensemble des services de première et de deuxième ligne de l'aide sociale : centre PMS (psycho-médico-social), médiation scolaire, service d'accrochage scolaire, centre de santé mentale, centre public d'action sociale, service d'aide en milieu ouvert, service des équipes mobiles de la direction générale de l'enseignement obligatoire, service de l'aide à la jeunesse, service de protection judiciaire, parquet (criminologues des sections famille-jeunesse) et services de police.

Le chef d'établissement peut également, sur base de ces partenariats, définir un plan annuel favorisant l'accrochage scolaire. Ce plan peut être inclus dans le projet pédagogique de l'établissement scolaire et contenir notamment un recueil de « bonnes pratiques » sur des thèmes aussi divers que la remobilisation scolaire de l'élève, la gestion de conflits, d'actes de violence et d'assuétudes, etc.

Dans l'enseignement primaire et secondaire, toute absence non justifiée dans les délais fixés est notifiée aux parents au plus tard à la fin de la semaine pendant laquelle elle a pris cours.

Dès les premières absences injustifiées d'un élève, il est conseillé au chef d'établissement d'informer le centre PMS, afin de lui permettre d'assurer son rôle de guidance, vis-à-vis de l'élève et de ses parents le cas échéant.

Au plus tard à partir du dixième jour d'absence injustifiée (soit 20 demi-journées) d'un élève, le chef d'établissement convoque l'élève et ses parents afin de rappeler les dispositions relatives aux absences scolaires aux parents du mineur. Il propose, si nécessaire, des mesures de prévention des absences.

A défaut de présentation à ladite convocation et chaque fois qu'il l'estime utile, le chef d'établissement délègue au domicile ou au lieu de résidence de l'élève un membre du personnel auxiliaire d'éducation ou un médiateur scolaire. Selon la situation, en accord avec

le directeur du centre PMS, le chef d'établissement pourra par ailleurs solliciter une visite d'un agent du centre PMS au domicile de l'élève.

Dès que l'élève mineur compte 9 demi-journées d'absence injustifiée dans l'enseignement fondamental et plus de 30 demi-journées d'absence injustifiée dans l'enseignement secondaire, le chef d'établissement le signale impérativement à la Direction Générale de l'Enseignement Obligatoire (DGEO), service du contrôle de l'obligation scolaire, afin de permettre à l'administration d'opérer un suivi dans les plus brefs délais.

En outre, toute situation que le chef d'établissement juge nécessaire de signaler à la DGEO peut lui être communiquée à tout moment et ce avant que le jeune n'ait atteint ce quota de demi-journées d'absence injustifiée.

Durant l'année scolaire 2007-2008, 9.767 dossiers d'absentéisme ont été ouverts en Communauté française, dont 5.716 dans l'enseignement primaire ordinaire et 3.124 dans l'enseignement secondaire ordinaire (le reste concernant l'enseignement spécialisé).

Le service du contrôle de l'obligation scolaire doit à la fois rappeler aux citoyens les responsabilités qui pèsent sur eux en matière d'obligation scolaire et mettre tout en œuvre pour tenter de rescolariser le jeune en décrochage scolaire. Pour ce faire, il fait appel aux ressources familiales et sociales, en les invitant à se mobiliser dans cette perspective.

La collaboration avec les partenaires est un outil primordial car le service du contrôle de l'obligation scolaire a besoin de partenaires de terrain à qui transmettre son analyse des situations de décrochage dont il est informé, et ce afin de pouvoir proposer de l'aide aux familles en difficulté.

Le chef d'établissement doit également signaler au service de l'aide à la jeunesse les mineurs en situation de danger, notamment en cas d'absentéisme scolaire suspect :

- soit qu'un élève mineur est en difficulté ;
- soit que la santé ou la sécurité d'un élève mineur sont en danger ;
- soit que les conditions d'éducation d'un élève mineur sont compromises par son comportement, celui de sa famille ou de ses familiers.

Dans le traitement de situations individuelles et lorsqu'il l'estime nécessaire, le chef d'établissement peut, outre l'intervention du centre PMS, demander auprès de la direction générale de l'enseignement obligatoire, le concours de personnes extérieures à l'école en vue de recevoir une aide à la remobilisation scolaire de l'élève, à la gestion de conflits, d'actes de violence, d'assuétudes, etc.

Les services de la médiation scolaire ont ainsi pour mission de prévenir la violence et le décrochage scolaire en favorisant, en conservant, en rétablissant le climat de confiance dans les relations entre l'élève, ses parents s'il est mineur et l'équipe pédagogique.

Ils interviennent dans l'enseignement secondaire ordinaire à la demande de tout un chacun : une direction, un enseignant, un éducateur, un élève et/ou sa famille, un service extérieur, etc. Ils peuvent aussi intervenir au niveau de l'enseignement fondamental ordinaire, lorsque des circonstances exceptionnelles, reconnues comme telles par le Gouvernement, le rendent nécessaires.

Ces services sont externes en Région Wallonne et internes à l'établissement scolaire en Région bruxelloise.

Les équipes mobiles ont quant à elles comme missions d'agir pour un élève en situation de crise, d'agir de manière préventive afin d'éviter des tensions prévisibles, d'agir pour la reprise du dialogue au sein d'un établissement qui a connu une situation de crise, et d'offrir des actions de sensibilisation à la gestion des conflits.

Elles interviennent dans l'enseignement fondamental ordinaire, l'enseignement secondaire ordinaire et l'enseignement spécialisé.

Enfin, sous certaines conditions, un mineur exclu de son établissement scolaire ou en situation de crise (définie par la durée du décrochage scolaire du jeune ; la gravité de sa détresse ou le sentiment d'impuissance de l'ensemble de l'équipe éducative et ce malgré les actions des intervenants) peut être orienté vers un service d'accrochage scolaire.

La prise en charge d'un mineur par un service d'accrochage scolaire est une aide sociale, éducative et pédagogique, qui consiste en l'accueil en journée et, le cas échéant, en une aide et un accompagnement dans le milieu familial.

Ce type de service cherche à faire émerger les difficultés spécifiques de chaque mineur et développe des outils permettant de trouver des solutions à ses différentes difficultés ; il a pour objectif la reprise de la scolarité du mineur, dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions possibles.

Durant cette prise en charge, le service d'accrochage scolaire veille à organiser un partenariat avec l'établissement d'enseignement du mineur (par ex. : fréquenté avant ou après la prise en charge) ou tout autre établissement scolaire afin qu'il puisse continuer son apprentissage.

6.4.3 L'enseignement à Bruxelles

Pendant l'année scolaire 2007 – 2008, on recensait, à Bruxelles, 140.575 jeunes obligatoirement scolarisés. Après concertation entre la Communauté française et la Communauté flamande ainsi que l'examen des résultats, il était impossible de savoir comment 6345 de ces jeunes répondaient à cette loi sur la scolarité obligatoire, soit 4,5 % d'entre eux. Le 12 novembre 2008, un accord a été conclu entre les bourgmestres des 19 communes bruxelloises, les ministres de l'Education de la Communauté flamande et de la Communauté française et le Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale. Cet accord prévoit les étapes suivantes.

1) Pour le 15 janvier, les banques de données de l'enseignement des Communautés seront comparées au registre de la population, celui des étrangers et au registre d'attente. Il est ainsi possible d'enregistrer quels jeunes ne satisfont pas à la loi sur l'instruction obligatoire.

2) Les parents de ces jeunes reçoivent une lettre bilingue, envoyée par une cellule commune s'occupant du problème de l'absentéisme.

3) Celui qui ne répond pas à cette lettre est signalé à la commune.

4) Celle-ci s'engage à contacter ces familles, de préférence, en se rendant à leur domicile pour un entretien personnel.

5) Les constatations sont rapportées à la cellule commune chargée de l'absentéisme scolaire.

Lorsque les parents ne coopèrent manifestement pas à cette réactivation de l'obligation scolaire, le dossier est transféré au parquet.

6.4.4 Stratégies spécifiques d'intervention à l'école

6.4.4.1 The Schoolwide Positive Behavior Support

Le Soutien du Comportement Positif (*Positive Behavior Support*) est une démarche d'intervention comportementale ou d'*Applied Behavior Analysis* portant sur les troubles des conduites. Elle s'est développée en réaction à l'utilisation de procédures punitives pour des comportements problématiques particulièrement résistants à d'autres procédures. Elle consiste d'abord à procéder à une analyse fonctionnelle des éléments du contexte influençant l'apparition du comportement et à poser une hypothèse fonctionnelle sur ces relations (« quels sont les éléments du contexte de vie de l'élève – les antécédents et les conséquences – qui expliquent l'apparition et/ou le maintien de ces comportements problématiques ? ») ; ensuite elle « apprend » à l'élève le(s) comportement(s) positif(s) prenant la place du comportement problématique. Elle n'utilise donc pas de procédure aversive visant avant tout la diminution, voire la suppression, de ce comportement (Magerotte & Willaye, 2008).

De plus, cette stratégie d'intervention a surtout été développée fin des années 80 et début des années 90 dans les secteurs de la psychologie scolaire et de la santé mentale particulièrement concernés par des troubles des conduites, et également par des professionnels davantage impliqués dans la mise au point de programmes d'intervention individualisés pour des personnes ayant des handicaps sévères et des troubles importants du comportement (Horner et al., 1990). Puis, confrontés à la prise en compte des divers milieux de vie de l'enfant (famille, école, la rue, les différents services concernés,...) et à la dynamique de l'intégration scolaire dans des écoles « ordinaires », ces chercheurs, aux prises avec des handicaps sévères, ont travaillé à situer cette démarche d'intervention individualisée dans le cadre d'une approche davantage systémique. Cela a débouché sur le *School-Wide Positive Behavior Support* (SWPBS) qui concerne à présent tous les élèves et étudiants (avec ou sans handicap) présentant des comportements-défis et l'ensemble de la communauté scolaire.

Le SWPBS est une approche systémique de prévention et d'intervention des comportements-défis dans les écoles. Cette démarche envisage trois niveaux d'action (Horner et al., 2005) :

- Stratégies de prévention primaire ou universelle utilisées avec tous les étudiants dans tous les milieux, impliquant tous les adultes et tout le temps. Leur rôle est de prévenir l'apparition des problèmes de comportement chez la plupart des élèves et étudiants par l'emploi d'interventions proactives et concernant l'école entière ;
- Stratégies de prévention secondaire qui fournissent des interventions de groupe aux élèves et étudiants qui ne réagissent pas aux stratégies de prévention primaire et pour lesquels des interventions individualisées ne paraissent pas nécessaires ;
- Stratégies de prévention tertiaire qui consistent à proposer des interventions individualisées positives (PBS) impliquant une analyse et une hypothèse fonctionnelle débouchant sur un plan de soutien compréhensif pour ces élèves et étudiants ayant des troubles des conduites importants.

Ce SWPBS implique à la fois les systèmes (l'école, la famille, etc.), les pratiques ou stratégies, et le recueil de données sur les interventions qui sont proposées. Elles n'utilisent en aucun cas la suspension à l'intérieur de l'établissement ni l'exclusion.

Les stratégies de 1^{er} niveau sont multiples, notamment : soutien scolaire, enseignement des compétences sociales, enseignement des attentes de l'école, renforcement positif pour tous, management de la classe. Quant au 2^e niveau, il comprend des activités de classe ou de groupe, notamment des programmes de self-management et l'enseignement intensif des compétences sociales. Les stratégies de 3^e niveau, les interventions individualisées positives (PBS), sont essentiellement individuelles et nécessitent une analyse fonctionnelle et

l'apprentissage de comportements alternatifs positifs. Ces dernières stratégies ont fait l'objet de nombreuses évaluations et peuvent être considérées comme *evidence-based*. Par contre, réalisées le plus souvent avec le concours de professionnels spécialisés en PBS, elles se heurtent à des difficultés concrètes d'implantation dans les services et en particulier dans les écoles. D'où le développement d'un consortium de chercheurs qui s'est consacré à l'utilisation de cette approche dans le cadre des écoles « ordinaires » confrontées, d'une part, à des problèmes de violence importants et, d'autre part, à un mouvement important en faveur de l'inclusion, y compris des élèves ayant des handicaps sévères.

De nombreuses données ont été rassemblées ces quinze dernières années sur l'efficacité du PBS appliqué à des personnes ayant des troubles graves du comportement, et particulièrement celles qui ont de plus une déficience intellectuelle et/ou de l'autisme (par exemple, Carr, et al., 1999). De plus, le PBS a été appliqué en famille. Des données commencent à être récoltées sur les aspects « systémiques » du SWPBS et font l'objet de recherches, vu la reconnaissance de cette démarche par la législation américaine. Elles portent à la fois sur les acquisitions scolaires et les problèmes de comportement – deux aspects étroitement liés (voir par exemple les documents de l'OSEP *National Technical Assistance Center on PBS*).

Deux **sites** sont réservés à cette problématique :

<http://pbis.org>
www.swis.org

Une **revue** est entièrement consacrée à cette approche « Soutien du Comportement Positif » : il s'agit du *Journal of Positive Behavior Interventions* (édité par Pro-Ed)

6.4.4.2 Les ateliers du bien-être

Enfin, des « Ateliers du Bien-être » (Pelc & Ledoux, 1993) 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 / Voisinage

6.5.1 Interventions prosociales et facteurs familiaux

Les interventions prosociales s'appuient sur la mise en œuvre et le développement de diverses ressources disponibles afin d'aider des enfants et adolescents en difficulté. Il existe en Belgique une réelle richesse de services et d'associations qui peuvent, chacune à leur niveau, jouer un rôle favorable dans la prévention de divers troubles dont les troubles des conduites.

Les centres PMS ont un rôle très important de dépistage et d'orientation des élèves qui présentent des difficultés qui s'expriment à l'école. Il existe de nombreuses Actions en Milieu Ouvert (A.M.O.) qui offrent diverses activités et projets aux enfants et adolescents du quartier, des écoles de devoirs, des clubs sportifs, etc. Des interventions financières pour les parents les plus démunis sont possibles via les CPAS ou des juges de la jeunesse afin de permettre à ces enfants et adolescents de s'inscrire dans des activités prosociales plutôt que de traîner dans la rue. Il existe également des centres d'accrochage scolaire pour les enfants et adolescents en décrochage. Cependant, l'efficacité de ces structures est rarement

évaluée. Par ailleurs, elles ne peuvent pas toujours remplir correctement l'ensemble de leurs missions du fait du manque de moyens mis à leur disposition. A ce sujet, le décret adopté début février 2009 en Commission de l'Enseignement obligatoire du Parlement devrait sans doute améliorer les choses en Communauté française. Ce décret prévoit en effet une augmentation du cadre des PMS de 5,6 %, ce renforcement étant organisé de manière différenciée. L'objectif est de mieux aider les populations scolaires défavorisées, les plus exposées aux risques de décrochage précoce et d'exclusion scolaire: élèves à indice socio-économique défavorisé ou fréquentant l'enseignement en alternance ou en intégration permanente (totale ou partielle).

Par ailleurs, bien que la famille occupe un rôle central dans la prévention et la prise en charge des troubles et qu'elle doive être partie prenante des interventions elle ne sait pas toujours où s'adresser pour trouver l'aide adaptée.

En conclusion, il semble qu'il existe un large éventail de ressources potentielles, qui ne remplissent cependant pas toujours toutes leurs missions et ne sont pas toujours connues dans les détails par les parents et les professionnels.

6.5.2 Interventions en rue

La police est un important témoin d'actes de violence commis par des jeunes. Parmi ceux-ci, certains actes sont filmés et diffusés par les jeunes eux-mêmes. Il s'agit par exemple du *happy slapping*, qui est « une pratique consistant à [filmer](#) l'[agression](#) physique d'une personne à l'aide d'un téléphone portable. Le terme s'applique à des gestes d'intensité variable, de la simple vexation aux violences les plus graves, y compris les [violences](#) sexuelles » (Wikipedia). Ces vidéos sont souvent diffusées sur Internet.

D'autres actes de violence sont notamment :

- affrontements physiques entre établissements : escalade des provocations via les blogs ;
- violence intra-couples ;
- violence intra-familiale ;
- racket ;
- bandes urbaines – affrontements entre bandes (difficulté d'intervention policière vu le nombre d'intervenants nécessaire) ;
- violence de la part d'allochtones provenant de pays en guerre parfois beaucoup plus intense vu les expériences de vie de ces derniers ;
- images d'une violence rare sur Internet (ex. : décapitation) ;
- chantages.

Lorsque des actes de violence sont commis dans des établissements scolaires, un travail policier « classique » s'opère mais en plus, une cellule de crise se met en place pour gérer les vendettas fréquentes qui s'ensuivent. Cette cellule se dissout ensuite petit à petit.

La police mène également d'autres actions de prévention ou d'intervention face aux actes de violence commis par des jeunes :

- au niveau primaire, parrainage : un policier de référence par école ; activités ludiques ;
- confronter les jeunes à ce qui existe sur Internet : blogs, webcams, e-bay, You Tube, etc. ;
- organiser des jeux de rôle pour mettre en évidence des comportements inadéquats et leurs alternatives ;
- rencontres avec les classes difficiles ;
- écoute des problèmes rencontrés, langage « jeune » ;
- surveillance des blogs ;

- participation à des tables rondes avec enseignants, centres PMS, etc. concernant les jeunes en décrochage scolaire;
- possibilité d'aller chercher le jeune chez lui pour le conduire à l'école.

6.6 Traitement dans le cadre d'un placement en institution spécialisée

6.6.1 Considérations générales

La problématique à l'origine du placement dans une institution spécialisée ne semble pas toujours être le fait de l'enfant ou de l'adolescent uniquement. Au contraire, la problématique réside plus souvent dans le contexte familial ou dans une association d'un problème de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille. Les difficultés relationnelles entre les enfants et les adolescents et leurs parents jouent fréquemment un rôle important (Berridge & Brodie, 1998 ; Van der Laan et al. 1992 ; Van Ooyen-Houben, 1991). L'inefficacité d'aides antérieures (en ambulatoire) auprès des enfants et adolescents est également mise en évidence comme raison importante d'un placement résidentiel (Bickman et al., 1996; Scholte & Van der Ploeg, 2002a).

Whittaker et Pfeiffer (1994) répertorient quatre critères suggérés dans les études comme indications à un placement résidentiel, à savoir :

1. des problèmes émotionnels et de comportement extrêmement graves qui requièrent l'expertise de professionnels bien formés ;
2. un danger clairement présent et menaçant pour le jeune lui-même, les autres ou l'entourage ;
3. un lien insuffisant entre les besoins du jeune et l'aide disponible dans son environnement familial ;
4. une chaîne de comportements dysfonctionnels qui se maintient d'elle-même et qui est insensible à un traitement moins intensif.

Il apparaît que le moment du placement en dehors du contexte familial influence le pronostic du traitement. Les enfants et adolescents placés plus tardivement ont des pronostics de développement plus défavorables que ceux placés précocement, même si la gravité de leur problème ne présente pas de différence au début de la prise en charge. Sur la base de cette constatation et des résultats montrant que le placement peut avoir des effets bénéfiques sur le fonctionnement cognitif et physique et sur la qualité de vie des enfants et adolescents, nous pouvons conclure que le placement résidentiel n'est pas nécessairement une option à éviter en tout temps (Davidson-Arad et al., 2003 ; Scholte & Van der Ploeg, 2002b ; Van Ooyen-Houben, 1991).

Toutefois, la politique d'aide à la jeunesse de ces 20 dernières années a mené, dans de nombreux pays occidentaux, à une diminution constante du nombre d'établissements résidentiels spécialisés dans l'aide à la jeunesse (Colton & Hellinckx, 1994; Knorth, 2002 ; Ruxton, 1996). Sous l'influence de la perspective systémique-théorique et du principe de subsidiarité, une réduction importante de la capacité de cette forme d'offre résidentielle a été enregistrée et, dans le même temps, des services axés sur une aide pédagogique intensive à domicile ont été étendus de manière significative (Hellinckx , Colton & Williams, 1997).

Le nombre réduit d'institutions a entraîné une plus grande pression afin d'offrir un maximum d'aide à tous les enfants ou adolescents et, par conséquent, à une différenciation limitée des groupes cibles. En outre, l'augmentation des coûts et la diminution de la capacité ont engendré une forte pression pour laisser partir les résidents, avant même qu'ils ne soient « prêts » (Gibbs & Sinclair, 1998).

Il existe donc un besoin de traitements résidentiels plus ciblés et étayés de manière empirique pour les besoins spécifiques d'une certaine population (Connor et al., 2004). Il

existe ainsi des indications selon lesquelles l'association optimale de jeunes présentant certaines caractéristiques à une forme de traitement spécifique (*matching*), précisément chez les jeunes atteints de troubles des conduites, peut aboutir à des résultats satisfaisants (Frensch & Cameron, 2002).

D'autre part, regrouper des enfants et adolescents présentant ce type de troubles entraîne le risque de voir s'élargir l'arsenal de comportements agressifs et déviants. Différents chercheurs (Kazdin, 1997; Dishion et al., 1999; Dishion et al., 2001), soulignent le danger qu'une influence déviante mutuelle ne renforce involontairement le comportement problématique et neutralise les possibles effets thérapeutiques. On parlerait d'effets négatifs surtout sur le long terme. En outre, il semble que ce soient principalement les jeunes plus âgés présentant des problèmes plus graves qui sont les plus vulnérables aux influences négatives du groupe. Ce risque d'entraînement dit déviant est à nouveau remis en question dans quelques études récapitulatives plus récentes sur les différentes interventions de groupe auprès de jeunes antisociaux (Handwerk et al., 2000, Weiss et al., 2005). Pourtant, il reste une préoccupation majeure dans le traitement résidentiel des jeunes présentant des troubles des conduites. Le responsable de groupe doit, par sa présence motivante et dirigeante, être à même de structurer les processus interactifs sur base d'un suivi rigoureux. Il s'agit d'un exercice d'équilibre difficile car le groupe doit aussi pouvoir disposer de liberté pour prendre lui-même des responsabilités et chercher des solutions créatives aux problèmes qui se posent. Le modèle culturel des pairs tente de résoudre ce dilemme en utilisant le groupe dans lequel le jeune évolue comme un moyen thérapeutique important (Gibbs et al., 1995; Vorrath & Brendtro, 1985).

Dans une étude de littérature assez récente, Boendermaker et Van den Berg (2005) concluent que pour les adolescents présentant de graves troubles des conduites et des problèmes d'intériorisation, l'approche intensive d'une thérapie cognitivo-comportementale combinée à des interventions familiales s'avère efficace. Selon ces auteurs, une intervention résidentielle doit comporter un certain nombre d'éléments de base :

- des modules de traitement spécifiques axés sur le diagnostic, l'évaluation des risques et l'analyse des délits;
- des modules dans lesquels on s'occupe d'augmenter la motivation, comme l'entretien motivationnel ;
- des petits groupes de vie de quatre à six adolescents;
- des groupes de vie dans lesquels un moyen de thérapie comportementale est appliqué et grâce auquel les adolescents reçoivent un feedback systématique.

Outre ces éléments de base, le programme de traitement doit être intensif et structuré. Sur la base d'un certain nombre d'études récapitulatives néerlandaises, Boendermaker et Van den Berg (2005) indiquent qu'une diminution des comportements problématiques se retrouve lors d'une association des éléments de traitement suivants :

- programmes de thérapie (cognitivo-) comportementale visant à enseigner des compétences sociales et de résolution de problèmes en thérapie individuelle ou de groupe (comme le *Problem Solving Skills Training*, formation au contrôle de l'agressivité) ;
- soutien individuel ;
- en cas de délits: prévention des récidives et apprendre à envisager les conséquences pour la victime (formation à l'empathie) ;
- thérapie familiale (comme la thérapie familiale fonctionnelle), formation en compétences parentales (comme le *Parent Management Training*) et informations des parents concernant les troubles des conduites ;
- médicaments (voir 6.7 ci-dessous) ;

- formation théorique et pratique adaptée au niveau des jeunes ;
- accompagnement dans la recherche d'un travail ;
- suivi des enfants et adolescents.

Les interventions axées spécifiquement sur les prestations scolaires des enfants et adolescents et dans lesquelles le contenu de l'enseignement est adapté soigneusement pour chaque jeune peuvent également contribuer au succès (Foley, 2001 ; Gallagher et al., 2004).

La participation à des programmes de suivi lors du traitement est reconnue par de nombreuses études comme étant une caractéristique d'efficacité (Blanz & Schmidt, 2000 ; Boendermaker & Van den Berg, 2005 ; Cornsweet, 1990; Curry, 1991 ; Epstein, 2004; Lyman & Campbell, 1996 ; Pfeiffer & Strzelecki, 1990). Un bon suivi exige un bon transfert et une bonne coopération entre les instances et exige également que, lors du séjour dans l'environnement résidentiel, le plan d'action envisage déjà la période suivant le séjour, par exemple lorsqu'il est question d'un comportement dangereux.

Dans la pratique, le suivi peut se différencier fortement dans la forme et le contenu. Il peut avoir un caractère thérapeutique (thérapie individuelle, familiale et pharmacologique), être axé sur un soutien concret, par exemple en matière de travail et de logement, ou sur la (ré)intégration dans l'enseignement ou la vie active. Le suivi est souvent proposé mais son intensité semble ne pas être à la hauteur (Boendermaker, 1998; Bullock et al., 1998; Solomon & Evans, 1992).

Enfin, pour qu'un environnement résidentiel puisse bien fonctionner, il faut être attentif aux conditions préalables ou facteurs non spécifiques suivants :

- structure multidisciplinaire du programme et du personnel de sorte que les connaissances et l'expertise des divers secteurs d'aide à la jeunesse soient assurés ;
- matériels pour l'entraînement et la formation du personnel, y compris la supervision et l'encadrement pour toutes les catégories de personnel au sein de l'établissement ; une telle formation et un tel encadrement sont également nécessaires pour veiller à ce que la vie dans un groupe comprenant des jeunes antisociaux ne dégénère pas en entraînement déviant et pour faire en sorte que les accompagnateurs de groupe puissent faire davantage que « maîtriser » la situation (Bleiberg, 2001; Boendermaker, 1999; Epps, 1997) ;
- une base théorique fiable pour les modules dont est composé le programme résidentiel ; dans ce cas, une théorie adéquate sur les causes des troubles des conduites et des facteurs de risque et de protection existant lors de l'apparition et de la persistance des troubles des conduites, avec une description des éléments efficaces d'une intervention ;
- une structure claire du programme résidentiel dans des phases à distinguer clairement les unes des autres. Cet échelonnement doit se retrouver tant dans les modules pour les adolescents que dans ceux destinés aux familles concernées ;
- une procédure claire pour le plan d'action/de traitement et un protocole pour le diagnostic et l'évaluation des risques (directives pour la mise en place d'un plan d'action centré sur l'avenir, association des objectifs et des moyens à mettre en œuvre, conventions sur les critères auxquels il faut satisfaire si un jeune souhaite accéder à une structure de suivi) ;
- outils et directives pour le contrôle de l'intégrité du programme c.-à-d. veiller à ce que les interventions soient réalisées conformément à leur conception (Underwood et al., 2004) ;
- instruments pour mesurer la réalisation des objectifs et autres résultats de l'intervention résidentielle (Van Yperen, 2003).

6.6.2 Services résidentiels pour le traitement d'enfants et adolescents avec un trouble des conduites

6.6.2.1 Au sein de la Communauté flamande

Outre les dispositifs spécialisés qui relèvent des secteurs de soins aux handicapés et de l'aide à la jeunesse, il existe en Flandre un certain nombre de dispositifs qui offrent également une aide résidentielle à la jeunesse dans le sens large du terme. Il s'agit des *Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning* (Centres de Soins aux enfants et soutien familial), des *Centra voor Integrale Gezinszorg* (Centres de Services intégraux d'Aide familiale) et les *Autonome Centra voor Algemeen Welzijnswerk* (Centres Autonomes d'Aide sociale générale). Nous accordons notre attention à ces dispositifs dans un paragraphe distinct.

Aide résidentielle au sens large

- a) ***Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning* (CKG)** : Il s'agit ici de centres qui offrent accueil et soins aux enfants de 0 à 12 ans (enseignement fondamental) et où les familles peuvent s'adresser pour obtenir aide et accompagnement ;
- b) ***Centra voor Integrale Gezinszorg* (CIG)** : Un centre de services intégrés d'aide familiale est un dispositif qui, notamment, s'occupe de la prise en charge résidentielle ou semi-résidentielle et de l'accompagnement de parents et d'enfant de 0 à 18 ans et de futurs parents. Le centre offre prise en charge et accompagnement aux familles et aux membres de la famille dont le fonctionnement familial est devenu à ce point problématique que la désintégration familiale constitue une réelle menace ;
- c) ***Autonome centra voor Algemeen Welzijnswerk*** : a un centre d'accueil (de crise) de jeunes de 16 à 25 ans s'ils sont sans toit. Ils peuvent y séjourner temporairement en attendant un logement personnel. Durant leur séjour, ils bénéficient d'un accompagnement afin de pouvoir le plus rapidement possible voler de leurs propres ailes.

Aide résidentielle spécialisée

a) Dispositifs dans le cadre des soins aux personnes handicapées

Les Medisch-pedagogische Instellingen (MPI) (Instituts médico-pédagogiques – IMP) sont des internats pour enfants présentant un handicap. Un IMP s'occupe de la prise en charge et de l'accompagnement des mineurs. A partir de l'IMP, les enfants fréquentent une école souvent rattachée à l'internat. Celui qui ne peut pas se rendre à l'école effectue à l'internat des activités de remplacement scolaire. Généralement, les internes rentrent à la maison durant le week-end et les vacances.

Un IMP dispose d'une équipe étoffée pour l'accompagnement et la thérapie des enfants, comprenant des moniteurs de groupes de vie, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des logopèdes, des travailleurs sociaux, des pédagogues ou des psychologues, des médecins et des infirmiers.

Le terme IMP est également parfois utilisé pour un semi-internat (accueil entre 8 et 18 heures), généralement géré par la même association que l'internat lui-même. Par ailleurs, l'IMP peut offrir des possibilités de logement et de court séjour.

Observatie- en behandelingscentra (OBC) (Centres d'Observation et de Traitement) : Si la nature précise du handicap d'un enfant ou le soutien le plus adéquat pour lui n'apparaît pas (encore) clairement, celui-ci peut être admis dans un Centre d'Observation et de Traitement. De tels centres s'adressent surtout aux enfants et adolescents présentant des troubles

complexes émotionnels et troubles des conduites, associés ou non à un handicap intellectuel.

Le centre se fixe pour objectif de parvenir à un diagnostic grâce à une observation intensive, de mettre en place un traitement et de renvoyer de manière ciblée vers un soutien ultérieur par un service ou un dispositif adapté.

b) Dispositifs dans le cadre de l'aide spéciale à la jeunesse

Dispositifs privés

Les enfants ou les adolescents peuvent s'adresser à des dispositifs privés d'aide particulière à la jeunesse s'ils sont envoyés par le *Comité voor Bijzondere Jeugdzorg* ou le juge de la jeunesse.

1. *Begeleidingstehuizen* (maisons d'encadrement): Une maison d'encadrement accueille les jeunes dans un cadre résidentiel. Un encadrement adéquat permet à terme au jeune de rentrer chez lui ou de vivre de manière indépendante. Toutes les maisons d'encadrement ne sont pas identiques. Certaines accueillent des enfants, d'autres des adolescents. Certaines s'adressent aux adolescents ayant des problèmes familiaux, d'autres s'occupent principalement d'adolescents ayant commis un délit. Il existe également des maisons d'encadrement principalement pour adolescents présentant des problèmes psychiques et d'autres encore ouvrent leurs portes aux adolescents réfugiés.
2. *Gezinstehuizen* (maisons familiales): Une maison familiale est un dispositif permettant aux accompagnateurs d'accueillir les adolescents dans un contexte familial. Ils y habitent avec leur famille. La vie dans une maison familiale se déroule autant que possible selon le même schéma que dans une famille normale. Dix adolescents maximum y séjournent. Les parents restent impliqués dans l'éducation et l'accompagnement de leur enfant.
3. *Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra* (OOOC) (Centres d'accueil, d'orientation et d'observation): Ce centre assure l'accueil et la prise en charge lorsque les adolescents ne peuvent pas rentrer immédiatement chez eux ou ne peuvent comparaître directement devant le juge de la jeunesse. Ils peuvent s'y adresser également s'ils doivent pendant quelques temps être tenus à l'écart de leur environnement ou s'ils sont en attente d'une place adéquate dans un autre dispositif. Par ailleurs, ces centres offrent également une orientation qui, durant un court accompagnement, recherche la meilleure solution pour l'avenir. Un jeune admis dans un de ces centres pour observation y reste généralement un peu plus longtemps afin de permettre un examen approfondi.
4. *Dagcentra* (Centres de jour): Un centre de jour accueille l'adolescent durant la journée, après l'école ou durant les vacances. L'adolescent dort chez lui et y réside habituellement aussi le week-end. Les accompagnateurs aident à faire les devoirs, discutent de problèmes et contribuent à développer les aptitudes de l'adolescent. Lorsque cela ne se passe pas très bien à la maison, un centre de jour peut offrir à chacun un moment de calme. Les parents aussi y trouvent de l'aide. En collaboration avec les accompagnateurs, ils recherchent des moyens d'améliorer la situation à domicile grâce à des conversations régulières.

Institutions communautaires:

Le placement de mineurs de 12 à 18 ans par les tribunaux de la jeunesse en vue d'une prise en charge résidentielle et d'un accompagnement dans des institutions communautaires repose sur deux textes légaux distincts:

1° les décrets relatifs à l'aide spéciale à la jeunesse, coordonnés le 4 avril 1990 pour les adolescents en situation éducative problématique grave (SEP).

Ces décrets décrivent une limitation temporaire de la liberté qui n'est justifiée que par une menace sérieuse de l'intégrité personnelle de l'adolescent ou celle d'autres personnes de la part de l'adolescent.

2° la loi du 8 avril 1965 concernant la protection de la jeunesse applicable aux mineurs ayant commis un fait qualifié de délit.

Cette loi justifie la limitation de la liberté par les aléas de l'enquête judiciaire ou par la nécessité d'une éducation et d'un encadrement strictement structurés.

Dans une institution communautaire, une équipe pluridisciplinaire étoffée se charge d'un accueil et d'un encadrement orthopédagogique individualisé. Le contenu de cette offre d'aide repose essentiellement sur 3 piliers:

- aptitudes pédagogiques telles que décrites par G.R. Patterson (composante comportementale);
- apprentissage par l'expérience (composante axée sur l'expérience);
- travailler sur le contexte (composante axée sur le système).

Les adolescents séjournent dans des groupes de vie de maximum 10 adolescents et 2 accompagnateurs sont toujours présents. Chaque groupe de vie travaille autour d'un programme déterminé. Les différents programmes sont les suivants: orientation de courte durée, *time-out*, encadrement, traitement et parcours résidentiel individualisé.

Chaque institution communautaire possède sa propre école. Il existe différents programmes scolaires. Le but est de permettre à chaque adolescent de suivre un programme le plus proche possible de ses connaissances, ses aptitudes et ses antécédents. Ces parcours sont composés de sport, de leçons théoriques et pratiques. Dans des cas spéciaux, l'adolescent peut également fréquenter l'école en dehors de l'institution, par exemple pour terminer sa formation.

Les parents sont très impliqués dans le séjour de leur enfant dans une institution communautaire. Lors du placement, le travailleur social les informe de ce qui va se passer et de la manière dont ils seront impliqués. Durant le placement et parfois même après celui-ci, les parents sont soutenus et encadrés.

En collaboration avec les membres du personnel des institutions communautaires les équipes dites *outreach* du *Psychiatrisch Ziekenhuis* de Sleidinge et du *Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum* de Geel offrent une assistance pédopsychiatrique professionnelle aux adolescents résidant dans l'institution et à leur milieu de vie.

Au centre fermé fédéral De Grubbe à Everberg, une équipe flamande d'aide s'occupe d'orientation de courte durée et d'encadrement de garçons de 14 à 20 ans qui ont commis un fait qualifié de délit. Ces garçons ne peuvent y être placés que s'ils ont commis un fait grave (ou en sont soupçonnés) et si aucune place n'est disponible dans des institutions communautaires.

Le centre fermé fédéral de Tongres apporte également un accompagnement pédagogique et didactique aux jeunes à partir de 16 ans.

6.6.2.2 Au sein de la Communauté française

La Communauté française dispose d'un panel de services particulièrement diversifié pour les jeunes de 0 à 20 ans, habitant sur le territoire belge et d'expression francophone.

Il convient de distinguer les institutions relevant de l'aide générale de celles relevant de l'aide spécialisée.

L'aide générale

- a) **l'ONE** : sa branche «L'Accueil » regroupe toutes les missions en relation avec l'accueil de l'enfant de 0 à 3 ans et l'accueil extrascolaire de 3 à 12 ans. Il existe notamment des services d'accueil spécialisé de la petite enfance (anciennement dénommés centres d'accueil et pouponnières) qui couvrent une tranche d'âge pouvant aller de 0 à 12 ans (maximum).
Ces services organisent l'hébergement d'enfants dans un cadre collectif et résidentiel et ont pour objectif d'offrir une prise en charge temporaire aux enfants en vue de favoriser leur réinsertion dans le milieu de vie. Chaque service élabore son propre projet et offre un environnement et un encadrement social et médical adaptés aux besoins et à l'âge de l'enfant.
- b) les **internats scolaires**. Ceux-ci, intégrés à une école ou autonomes, constituent un groupe intermédiaire par rapport à l'aide spécialisée dans la mesure où les autorités de placement y recourent parfois à défaut de places disponibles dans le secteur de l'Aide à la Jeunesse.

L'aide spécialisée

- a) **Les Services Résidentiels pour Jeunes (SRJ)** : dépendant de l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH), ces services, autrefois intitulés IMP (Instituts Médico-Pédagogiques) accueillent de jour comme de nuit des jeunes de 3 à 18 ans sur base d'attestations médico-psychologiques qui déterminent la catégorie du handicap. Ils assurent un accompagnement individuel éducatif, médical, thérapeutique, psychologique et social complémentaire à leur scolarité et adapté à leurs besoins. Ils visent une intégration scolaire, sociale, culturelle ou professionnelle. Dans la mesure du possible, il s'agit d'une phase transitoire qui permet de relancer le développement de l'enfant en mobilisant ses compétences et celles de ses parents. La plupart de ces centres accueillent des jeunes avec troubles caractériels, présentant un état névrotique ou prépsychotique.
- b) **L'Aide à la Jeunesse**

Les institutions privées

Les Arrêtés du Gouvernement de la Communauté française du 15 mars 1999 ont profondément modifié le paysage institutionnel du secteur. En effet, ils ont redéfini les intitulés et missions des différents services soumis à l'agrément et bénéficiant de subventions.

Ainsi, 14 types de services accueillant des enfants et adolescents en danger ou délinquants ont été retenus ; ne seront repris ci-dessous que ceux qui assurent l'hébergement des jeunes, à titre principal ou subsidiaire.

Il faut préalablement souligner deux objectifs poursuivis par le législateur communautaire : d'une part, offrir une gamme très diversifiée et adaptée de types de placement pour répondre aux besoins des jeunes et aux demandes des autorités mandantes (Juges de la jeunesse, Directeurs des Services de Protection Judiciaire et Conseillers de l'Aide à la Jeunesse) ; et d'autre part, répondre à une préoccupation de régionalisation de l'aide afin d'éviter que les placements ne s'effectuent loin de l'environnement naturel du jeune.

Par ailleurs, si l'éventail qualitatif des services semble globalement satisfaisant, on ne peut en dire autant des aspects quantitatifs : le manque récurrent de places, lié essentiellement aux contraintes budgétaires, empêche souvent la réalisation d'une bonne orientation de placement et, par corollaire, contraint l'autorité à effectuer des placements inadéquats ou à ne pas pouvoir exécuter sa décision dans les délais requis.

Chaque service est tenu de réaliser un projet pédagogique qui définit l'ensemble de ses objectifs et précise les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Il mentionne également le nombre de situations visées et contient le règlement d'ordre intérieur applicable aux jeunes. Il est périodiquement évalué, au moins une fois par an.

Un résumé des activités et de la méthodologie du service peut être consulté sur le site de l'Aide à la Jeunesse (<http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/>).

1. Les 16 services de placement familial (SPF) ont pour mission d'organiser l'accueil et l'éducation de jeunes par des particuliers, d'organiser la sélection de ces personnes et d'en assurer la supervision ainsi que l'encadrement pédagogique et social, de travailler au maintien des relations entre le jeune et sa famille- sauf décision contraire de l'autorité, de viser la réinsertion des jeunes dans leur milieu d'origine ou de mettre en œuvre toute solution alternative. Certains services visent l'accueil de jeunes pour une période de 15 jours au maximum, prolongeable pour un mois supplémentaire ; d'autres pour une période de trois mois, prolongeable deux fois au maximum.
2. Les 7 centres d'accueil d'urgence (CAU) ont pour mission d'organiser en permanence un accueil collectif de 7 jeunes au moins qui nécessitent une aide urgente consistant en un hébergement en dehors de leur milieu familial de vie. De plus, ils mettent en place des missions d'observation, d'investigation et d'aide à l'orientation pour le jeune et sa famille. La durée est de 20 jours, renouvelable une seule fois. A titre exemplatif, quelques axes de travail : inclusion sociale multisystémique, soutien par la narration collaborative, ouverture de choix pour la thérapie brève, éducateur référent, rôle actif des parents, crise comme moment de mobilisation et de changement, etc.
3. Le centre de premier accueil (CPA) a pour mission d'organiser l'accueil collectif et l'éducation de 15 à 20 jeunes qui nécessitent une aide spécialisée en dehors de leur milieu familial et qui notamment ont été placés pour la première fois ou après un premier placement en CAU. Il établit pour chaque jeune un bilan d'observation et un projet d'orientation. La durée maximale est d'un mois, prolongeable de deux fois quinze jours. Quelques thèmes : suivi individuel intensif, remobilisation du milieu d'appartenance, rapports professionnels, etc.
4. Les 5 centres d'observation et d'orientation (COO) ont pour mission d'organiser l'accueil collectif de 10 à 15 jeunes qui présentent des troubles et des comportements nécessitant une aide spécialisée en dehors de leur milieu familial, et justifiant par leur gravité, l'analyse approfondie ainsi qu'une action spécifique. Celle-ci vise au dépassement de la crise par le biais d'un encadrement adapté à cette fin. Ils établissent un bilan d'observation et un projet d'orientation. La durée est de trois mois maximum, prolongeable d'un mois à deux reprises et exceptionnellement au-delà de ce terme. Quelques axes : l'approche contextuelle, l'aide pluridisciplinaire, l'enfant est un sujet, la parole, créatrice de lien, etc.

5. Les 120 Services d'accueil et d'aide éducative (SAAE) ont pour mission d'organiser l'accueil collectif et l'éducation de jeunes qui nécessitent une aide en dehors de leur milieu familial ; d'assurer la supervision ainsi que l'encadrement pédagogique et social de jeunes qui vivent en logement autonome ; de mettre en œuvre des programmes d'aide en vue de la réinsertion dans leur milieu de vie ; et, à titre exceptionnel et sous conditions, d'apporter une aide aux jeunes et aux familles en difficultés par des actions socio-éducatives dans le milieu familial de vie. La capacité d'accueil est de 60 places maximum. La durée est fixée par le mandant qui doit revoir sa mesure au moins une fois par an. Quelques concepts-clés significatifs : cohérence et transparence, travail avec le système familial, revalorisation du jeune, individualisation, lieu de restructuration sécurisant, droit à la différence, triangulation, pratique de l'éducateur garant, épanouissement et émancipation, pédagogie du projet, hébergement selon « les pratiques de l'institutionnel », thérapie du quotidien, sécurité affective, différenciation, respect des limites, savoir-être, collégialité, « chemin de croissance » de chacun, empathie, espace de médiation, principe de la co-intervention, co-construction, ethnopsy (qui prend en considération l'aspect culturel), liberté d'expression, fonctionnement démocratique, évaluation permanente, pédagogie du lien, humour, stabilité, tolérance aux symptômes, éthique relationnelle, etc.
6. Les 6 centres d'accueil spécialisé (CAS) – 2 pour filles, 2 pour garçons et 2 mixtes – ont pour mission d'organiser un accueil collectif de 15 jeunes, qui nécessitent une aide particulière et spécialisée eu égard à des comportements agressifs ou violents, des problèmes psychologiques graves, des infractions qualifiées répétitives ou lorsque la demande d'accueil concerne un jeune qui est confié au groupe des institutions publiques de protection de la jeunesse. La durée est déterminée par l'autorité mandante qui doit revoir sa mesure chaque année. Quelques concepts-clés significatifs : seuil de tolérance élevé, structuration du quotidien, travail sur le syndrome de fermeture à la relation d'aide, instauration de la règle du non-renvoi, lien et concept de non-exclusion, travail en partenariat multiple, etc.
7. Les 26 projets pédagogiques particuliers (PPP) ont pour mission d'organiser un projet particulier d'aide selon des modalités déterminées par le Gouvernement pour chaque service ; il s'agit de services autonomes ou de parties de services existants s'adressant à des jeunes assimilables à ceux pris en charge par les CAS. Quelques exemples de projets : accueil hors mandat pour une durée inférieure à 5 jours, modèle éducatif alternatif à quelques prises en charge psychiatriques, projet centré sur l'aventure, sport-aventure, expédition et voile, suivi en logement autonome, mineurs victimes de la traite des êtres humains, mineurs étrangers non accompagnés, accueil d'enfant de 0 à 7 ans, prise en charge de jour pour mineurs non scolarisés, centre de traitement social de la crise, village d'enfants, etc.
8. Les 3 centres d'aide aux enfants victimes de maltraitance (CAEM) ont pour mission d'organiser en permanence et s'il échet, d'urgence, un accueil collectif de 15 jeunes qui nécessitent une aide particulière et spécialisée eu égard aux faits de maltraitements dont ils sont les victimes ou dont on suspecte l'existence. Ils peuvent aussi être tenus d'apporter une aide socio-psycho-pédagogique aux personnes qui assurent de fait la garde du jeune. La durée est de six mois maximum, renouvelable une fois. Le centre accueille également, pour une période de six jours maximum, des jeunes qui lui sont confiés par une équipe SOS-Enfants. Quelques mots-clés : compréhension et accompagnement, circulation, partage de l'information et transparence, etc.

Les institutions publiques de protection de la jeunesse (IPPJ)

Les 5 IPPJ assurent en tant que service public une part importante du traitement institutionnel de la délinquance juvénile: elles ne peuvent, en effet, accueillir que les mineurs ayant commis un fait qualifié d'infraction.

Quatre IPPJ s'adressent aux garçons ; une aux filles.

Suivant les textes légaux, elles développent des actions pédagogiques différenciées tendant à répondre aux besoins des jeunes.

L'exposé des motifs du décret du 4 mars 1991 relatif à l'aide à la jeunesse assigne les objectifs suivants aux institutions publiques: favoriser **la réinsertion sociale** et permettre aux jeunes d'acquérir **une meilleure image d'eux-mêmes**.

Les IPPJ s'appuient sur trois principes fondamentaux.

- **l'individualisation**: partir du jeune et de ses limites mais surtout de ses potentialités, de ses désirs (ou de son manque de désir), de ses expériences, de ses projets (ou de leur absence), afin d'établir une vision individualisée et structurée pour l'avenir ;
- **l'ouverture**: considérer le temps du placement comme une contribution à la réinsertion sociale en utilisant de manière optimale toutes les ressources extérieures comme par exemple le maintien de l'inscription scolaire pendant le placement, le recours aux centres de formation à horaire réduit, aux organismes d'alphabétisation, aux centres de planning familiaux, etc. ;
- **le partenariat**: se poser en partenaire des autorités judiciaires, des autres acteurs du secteur, du jeune et de ses parents. Etre un partenaire d'écoute et d'initiative.

L'approche du jeune s'appuie sur des notions résultant des apports de la psychologie et de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de l'étude du passage à l'acte délinquant et d'un regard plus systémique que descriptif sur les histoires familiales. Les institutions développent plusieurs types d'approche : criminologique, psycho médico-pédagogique, orthopédagogique, systémique et à visée thérapeutique.

Chaque institution publique développe intra muros un ou plusieurs projets pédagogiques au sein de services spécifiques. Que ces derniers soient en régime ouvert ou fermé, ou articulés sur divers types d'intervention comme l'accueil, l'orientation, l'individualisation, l'observation et l'éducation. Chaque IPPJ offre également un service extra muros : l'accompagnement post institutionnel (API), soit le suivi dans le milieu de vie de jeunes qui ont été placés en institution publique.

A côté des IPPJ, se greffe le centre fédéral fermé d'Everberg. Il accueille des garçons âgés de 14 à 18 ans ayant commis certains faits qualifiés d'infraction. Le placement à Everberg ne peut être ordonné qu'en l'absence de place disponible en IPPJ. L'encadrement pédagogique est réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée de quarante-cinq personnes pour la Communauté française.

6.6.2.3 Traitements résidentiels organisés par le pouvoir fédéral

Le secteur relatif aux problèmes de **Santé Mentale** ne relève pas des communautés mais du pouvoir fédéral. Il présente également une offre importante de placements pour les jeunes : les services pédiatriques des hôpitaux généraux, les institutions psychiatriques et, plus particulièrement les services pédopsychiatriques qui disposent de lits « K » (*KINDER*).

Très récemment, des unités dénommées « **FOR K** » (*forensic kinderen*) ont été créées pour prendre en charge des mineurs ayant commis des faits qualifiés d'infractions et présentant une problématique psychiatrique.

En Wallonie il existe deux unités :

A Liège, Les Cyprès, implantée sur le site du centre hospitalier Le Petit Bourgogne, est une unité ouverte depuis le 01/09/08 pouvant accueillir 8 jeunes, filles et garçons, de 15 à 18 ans pour une durée maximale de 14 jours. Ces 8 lits viennent renforcer 3 lits K de crise déjà opérationnels depuis 2007.

A Tournai, une unité de 8 lits accueillant uniquement des garçons et implantée sur le site de l'hôpital psychiatrique Les Marronniers est opérationnelle depuis le 01/01/09.

A Bruxelles, l'unité Karibu, ouverte en 2003 sur le site du centre hospitalier Jean Titeca, accueillait au départ 8 jeunes garçons de 15 à 18 ans.

Cette unité s'est renforcée de lits K supplémentaires.

Cette unité bénéficie également depuis juillet 2008 d'une équipe active en dehors de l'institution (*outreaching*), d'un centre de jour et d'habitations protégées.

Il existe également deux unités en Flandre, à l'OPZ de Geel et au Middelheim Ziekenhuis d'Anvers.

Pour chaque unité FOR_K, l'attribution d'une fonction de liaison judiciaire a été proposée pour organiser et soutenir la coordination avec les autorités judiciaires mandantes.

6.7 Interventions pharmacologiques

Le trouble des conduites est un diagnostic par défaut dont la prise en charge doit être discutée de façon rigoureuse en tenant compte du contexte psychosocial et familial global de l'enfant ou de l'adolescent. Cette catégorie diagnostique représente en effet un groupe de patients très hétérogènes, sous-tendus par des déterminants biologiques, environnementaux et sociaux au sein desquels la comorbidité est grande. Sa prise en charge ne saurait donc être uniquement médicamenteuse. Les traitements pharmacologiques peuvent cependant représenter un outil complémentaire utile lorsque les manifestations des troubles des conduites sont très intenses et graves ou lorsque ce trouble est comorbide d'autres troubles pouvant bénéficier d'un traitement spécifique. Certains auteurs suggèrent que les traitements pharmacologiques n'ont une efficacité qu'en présence d'un trouble comorbide comme un trouble dépressif ou un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. L'essentiel des données pharmacologiques en termes d'efficacité et de tolérance chez l'enfant et chez l'adolescent provient des prises en charge d'adultes, le plus souvent dans d'autres indications que les troubles des conduites. Hormis la rispéridone dans les troubles des conduites associés à un retard mental et à l'autisme entre 5 et 11 ans, aucun traitement n'est actuellement officiellement indiqué dans ces troubles, aussi bien en Europe qu'aux Etats-Unis. Les psychotropes les plus étudiés dans les troubles des conduites sont les antipsychotiques atypiques. Leur efficacité est 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.

6.8 Références

- Boendermaker L. De juiste hulp. Uitgangspunten voor het zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsstoornissen. Utrecht: NIZW uitgeverij; 2005.
- Carr EG, Dunlap G, Horner RH, Turnbull AP, Sailor W, Anderson JL, et al. Positive Behavior Support. Evolution of an applied science. , 4(1), 4-16, 20. J Positive Behavior Interventions 2002; 4(1):4-16.

- Carr EG, Horner RH, Turnbull AP. Positive behavior support for people with developmental disabilities. A research synthesis. Washington, D.C. : 1999.
- Crone DA, Horner RH. Building Positive Behavior Support Systems in Schools: Functional Behavior Assessment New York: Guilford; 2003.
- Crone DA, Horner RH, Awken LS. Responding to Problem Behavior in Schools New York: Guilford; 2004.
- Departement Onderwijs - Leerplichtteam. Spijbelen. Brussel: 1996.
- Depreeuw E, HGR - Hoge Gezondheidsraad. Onderwijs en gedragsstoornissen. Rapport Werkgroep Gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren. 8325. Sectie 3.4.2.
- Dishion TJ, McCord J, Poulin F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. Am Psychol 1999; 54(9):755-64.
- Gibbs JC, Potter GB, Golstein AP. The EQUIP Program: Teaching Youth to Think and Act Responsibly Through a Peer-Helping Approach Champaign, IL: Research Press; 1995.
- Glazemakers I, Deboutte D. Opvoedingsondersteuning in Triple P ALERT - Tijdschrift voor zorg en sociale politiek 2005; 31 (5):22-9.
- Goëb J, Jardri R, Bonelli F, Butez C, Hagnéré L, Kechid G, et al. Troubles des conduites chez l'enfant et problème de dépistage. EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2008; 37(208-A-48):1-14.
- Handwerk ML, Field CE, Friman P. The iatrogenic effects of group intervention for antisocial youth: Premature extrapolations? . J of Behavioral Education 2000; 10:223-38.
- Harder AT, Knorth EJ, Zandberg T. Residentiële Jeugdzorg in Beeld Amsterdam: SWP; 2006.
- Kazdin AE. Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38(2):161-78.
- Kazdin, Alan E., T. Siegel and D. Bass. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992; 60: 733-747.
- Knorth EJ, Noom MJ, Tausendreund T, Kendrick AJ. Characteristics and service responses to young people with serious antisocial and oppositional behaviour: outlines of a practice-based model of residential care. In: Grietens H, Knorth E, Durning P, Dumas J, editors. Promoting Competence in Children and Families: scientific perspectives on resilience and vulnerability: Leuven University Press. 2007. p. 199-222.
- Larry K, Irvin LK, Tobin TJ, Sprague JS, Sugai G, Vincent CG. Validity of Office Discipline Referral Measures as Indices of School-Wide Behavioral Status and Effects of School-Wide Behavioral Interventions. J of Positive Behavior Interventions 2004; 6(3):131-47.

- Larry K, Irvin LK, Tobin TJ, Sprague JS, Sugai G, Vincent CG. Validity of Office Discipline Referral Measures as Indices of School-Wide Behavioral Status and Effects of School-Wide Behavioral Interventions. *J of Positive Behavior Interventions* 2004; 6(3):131-47.
- McCurdy BL, Mannella MC, Eldridge N. Positive Behavior Support in Urban Schools. Can We Prevent the Escalation of Antisocial Behavior? *J of Positive Behavior Interventions*, 2003; 5(3):158-70.
- McDougle CJ, Stigler KA, Posey DJ. Treatment of aggression in children and adolescents with autism and conduct disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 Suppl 4:16-25.
- O'Neill RE, Horner RH, Albin RW, Sprague JR, Storey K, Newton JS. Evaluation fonctionnelle et développement de programmes d'assistance pour les comportements problématiques. Manuel pratique. Bruxelles: De Boeck; 2008.
- Patterson GR. Coercive Family Process. In: Patterson GR, Reid, JB (Eds) *A social learning approach to family intervention*. Eugene, Oregon ed: Castalia Publishing; 1982.
- Pelc I., Ledoux Y. Prévention de l'usage de drogues en thaïlande. Le programme cemubac-assuétudes sous l'égide de la commission des communautés européennes « : l'approche humaniste ». N.S.T. 1993 ; vol 11 (4) :47-59.
- Positive Behavior Interventions and Supports. *Teaching exceptional children* 2008; 40(6).
- Poulin F, Dishon TJ, Burraston B. 3 year iatrogenic effects associated with aggregating high risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. . *Appl Dev Sci*. 2001; 5(4):214-24.
- Ruths S, Steiner H. Psychopharmacologic treatment of aggression in children and adolescents *Pediatr Ann* 2004; 33:318-27.
- Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2(2):71-90.
- Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting *Journal of Family Psychology* 2008; 22(3):506-17.
- Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach tot the promotion of parenting competence *Parenting Research and Practice Monograph*,2003. p. 1-24.
- Scholte EM, Van der Ploeg JD. Hulpverlening bij meervoudige psychosociale problemen van jeugdigen. In: Vyt A, van Aken MAG, Bosch JD, van der Gaag RJ, Ruijsenaars AJJM, editors. *Jaarboek ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek en kinderpsychiatrie 5*: Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2002. p.80-117.
- School-Wide Positive Behavior Supports and Students with Severe Disabilities. . *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities* 31(1).

- Sprague JR, Horner RH. School Wide Positive Behavioral Supports. In: Erlbaum. L, editor. The handbook of school violence and school safety : from Research to practice. Mahwah, N.J.: In Jimerson, S.R. & Furlong, M.J. (Eds); 2006.
- Steiner H, Saxena K, Chang K. Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. CNS Spectr 2003; 8(4):298-308.
- Taylor TK, Biglan A. Behavioural family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers Clinical Child and Family Psychology 1998; 1:41-60.
- Tcheremissine OV, Lieving LM. Pharmacological aspects of the treatment of conduct disorder in children and adolescents. CNS Drugs 2006; 20(7):549-65.
- Vettenburgh N, Huybregts I. Onveiligheidsgevoelens en antisociaal gedrag. Een onderzoek naar de samenhang tussen de onveiligheidsgevoelens bij leerkrachten en het antisociaal gedrag bij leerlingen. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 2001.
- Vorrath HH, Brendtro LH. Positive Peer Culture. New York: Aldine; 1985.
- Wadell C, Lipman E, Offord D. Conduct disorder: practice parameters for assessment, treatment and prevention. Can J Psychiatry 1999; 44:355-402.
- Warren JS, H.M. E, Griggs P, Lassen SR, McCart A, Turnbull A, et al. Urban Applications of School-Wide Positive Behavior Support. Critical Issues and Lessons Learned. Journal of Positive Behavior Interventions 2003; 5(2):80-91.
- Weiss B, Caron A, Ball S, Tapp J, Johnson M, Weisz JR. Iatrogenic effects of group treatment for antisocial youths. J Consult Clin Psychol 2005; 73(6):1036-44.
- Willaye E, Magerotte G. Evaluation et intervention auprès des comportements-défis. Déficience intellectuelle et/ou autisme: . Bruxelles: De Boeck-Université.; 2008.
- Yperen TA. Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden. Utrecht 2003.

7. CADRE JURIDIQUE

Le cadre juridique qui règle les interventions concernant les jeunes avec un trouble des conduites est complexe et diversifié.

Pour plus d'informations à ce sujet, on peut se référer à la brochure que le Service Public Fédéral Justice a éditée, et qui résume la manière dont le parquet et le tribunal de la jeunesse abordent la délinquance chez les jeunes.

(http://www.iust.fgov.be/img_justice/publications/pdf/193.pdf).

On peut également trouver sur le lien http://www.droitbelge.be/news_detail.asp?id=345 un exposé des mesures prises face aux mineurs qui commettent des délits.

8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

8.1 Prévention

8.1.1 *Prévention universelle*

Dans la prévention des troubles des conduites, le plus important est d'assurer le bien-être des enfants et de leur famille, et de créer les meilleures conditions pour obtenir un développement optimal de l'enfant. C'est à tout moment qu'il faut être attentif au bien-être et à la souffrance de l'enfant, en particulier des tout jeunes, et ce même dès la grossesse.

C'est donc prioritairement dans le secteur de la petite enfance que des efforts doivent être fournis. Lorsque les troubles sont devenus plus organisés, l'efficacité des soins que l'on mettra en place à ce moment est plus limitée que celle des mesures préventives, intégrées dans les conditions de vie habituelles des enfants et adolescents. Les coûts de ces traitements ultérieurs seront aussi plus importants.

Etre attentif aux difficultés précoces des enfants requiert surtout volonté, motivation, et compétences éducatives de la part du monde des adultes.

Il faut d'abord agir sur les conditions de vie très générales des enfants.

Les familles peuvent ainsi être aidées dans l'acquisition des moyens financiers nécessaires, tant par des initiatives soutenues d'aides à l'emploi pour les parents que par un accueil de l'enfance adapté, ou encore par une aide financière aux parents qui de par un handicap physique, mental ou social, ne savent pas eux-mêmes supporter les charges financières de leur enfant.

Investir dans les moyens éducatifs durant la scolarité, dans les loisirs, la culture, ainsi que dans l'aménagement du territoire, de zones urbaines accueillantes, des espaces sportifs, que les jeunes peuvent utiliser pour se dépenser et se rencontrer, peut améliorer la qualité de vie et diminuer le risque d'apparition de trouble des conduites.

Il peut aussi être nécessaire de traduire de manière plus systématique dans des réglementations concrètes les droits de l'enfant, et notamment le droit de jouer et de rencontrer ses amis.

L'aide à la petite enfance doit aussi être renforcée, tant par la formation du personnel qui s'en occupe que par l'attribution de moyens adéquats aux structures d'aide.

Ces mesures non spécifiques contribuent au développement précoce du bien-être.

Beaucoup de ces mesures préventives existent déjà et sont efficaces, mais peuvent être renforcées. Certaines de celles-ci agissent sur le soutien des parents dans leur rôle d'éducation des enfants. Certains parents, du fait de difficultés qu'ils ont eux-mêmes connues, dans leur jeune âge ou qu'ils rencontrent dans leur contexte de vie actuel, ne sont en effet pas toujours préparés à assumer les conditions éducationnelles élémentaires.

Celles-ci devraient être mieux diffusées dans le grand public, par exemple dans le cadre des consultations pré et post natales, au même titre que les conseils prodigués en matière d'alimentation et de développement physique. Les infirmières de ces consultations devraient également être mieux formées au soutien des mères.

On peut utiliser pour cela les premiers niveaux de programmes validés empiriquement et qui ont été adaptés au contexte belge, comme par exemple le programme Triple P.

Ce programme organise l'aide à l'éducation en différents niveaux d'intensité croissante.

Cette attention particulière doit être poursuivie tout au long du cursus des études, à travers par exemple des **ateliers du bien-être**.

Les missions des centres d'accompagnement scolaire de type PMS doivent aussi débiter dès l'entrée de l'enfant à l'école maternelle, et concerner aussi les aspects émotionnels, relationnels du développement de l'enfant. Aujourd'hui l'intervention se fait habituellement à partir de la troisième année maternelle, et est principalement en rapport avec des problèmes d'apprentissage.

L'acquisition du développement des compétences sociales de l'enfant et la construction de son identité méritent une attention plus régulière (gestion des émotions, régulation des émotions et autocontrôle, moralité, affirmation de soi, communication, résolution de problème et de conflit ...).

A ce sujet, il est important que les nombreuses et diverses interventions prosociales qui existent en Belgique (ateliers du bien être, boutiques d'éducation, SAS, etc.) et qui facilitent l'intégration des enfants et adolescents dans la société soient mieux connues de tous (jeunes, parents, professionnels de l'éducation et de la santé, etc.) et généralisées.

L'utilisation d'une infrastructure pour le jeu et le sport peut aussi être couplée à un apport actif à son entretien. Les enfants et leurs parents doivent avoir une part de responsabilité dans l'entretien des infrastructures et l'accès à celles-ci doit être conditionné au respect des règles.

L'apprentissage des compétences en matière de vie sociale et de comportement prosocial à l'égard des camarades de classe, des enseignants et de la société en dehors de l'école peut aussi se dérouler de manière pratique, sous forme de tâches comportementales. On peut engager les élèves à participer activement de temps à autre au maintien ou à l'amélioration de leur environnement (ranger, nettoyer, entretenir, etc.) et les impliquer dans l'entretien et la réparation des biens collectifs (mobiliers urbains). On peut aussi associer le droit d'utiliser les équipements à l'obligation d'en prendre soin.

Il faut aussi confronter les enfants et adolescents aux différents groupes de la société en ce qui concerne le sexe, l'âge, la race et la religion.

L'école est aussi, à côté de la famille et en synergie avec elle, une institution essentielle qui aide l'enfant et l'adolescent à construire sa place dans la société. Ces objectifs doivent donc trouver leur place dans les prévisions de la politique scolaire.

Il faut en particulier s'assurer que tous les enfants commencent leur scolarité avant l'âge actuel d'obligation scolaire, et stimuler l'entrée à l'école dès l'âge de 2ans½– 3 ans. Commencer tôt l'école offre l'opportunité de détecter et de remédier plus vite aux difficultés d'apprentissage et de langage. Il faut en effet tout faire pour éviter l'échec scolaire et la perte de cet élément de l'identité car la recherche montre qu'il s'agit d'importants facteurs de risque pour le développement de troubles des conduites.

Le personnel des centres d'accompagnement scolaire doit pouvoir soutenir les enseignants, en ce qui concerne les aspects plus psychosociaux du développement des élèves.

Pour aider les enfants et adolescents à se construire une identité, il est aussi important de soutenir les enseignants dans leur travail et de rendre leur emploi plus attractif et moins laborieux : des classes trop grandes dont les enfants présentent des problèmes trop importants compliquent la mise en place d'une relation indispensable avec les élèves et privent l'enseignant de son moyen d'éducation le plus important.

Il faut en tous cas s'assurer d'un environnement scolaire de qualité qui dispose des moyens pédagogiques nécessaires, y compris pour les enfants qui ont des besoins pédagogiques spécifiques.

On pourrait aussi par exemple introduire une sensibilisation aux compétences parentales au niveau du secondaire. La mise en place de cours d'éducation sur base d'exemples concrets (film, études de cas, etc.) et d'exercices pratiques doit être envisagée. Ceci pouvant avoir des effets très positifs sur les élèves.

Il faut aussi, en complément à un travail sur le règlement et les sanctions, soutenir les établissements scolaires et les enseignants pour valoriser la prise de responsabilité des élèves dans le fonctionnement quotidien de l'école et de la classe (conseils, délégués, tuteurs, médiateurs, etc.). Ceci existe aussi, d'ores et déjà, mais doit être développé.

L'école doit donc pouvoir bénéficier de moyens, tant pour soutenir, de façon proactive, le développement des compétences psycho-sociales des élèves que pour faire face aux comportements problématiques quand ils se présentent.

L'école doit ainsi avoir une politique claire et explicite en ce qui concerne les difficultés comportementales. Les aspects suivants doivent notamment retenir l'attention dans ce contexte:

- gradation des difficultés, allant de tracasseries légères à une agression physique ou psychique grave ;
- les absences injustifiées aux cours doivent être prises en charge de manière cohérente car cela peut potentiellement donner naissance à un comportement criminel plus grave ;
- en ce qui concerne le choix de la sanction, il faut s'orienter vers des mesures qui encouragent le jeune à réparer ou compenser le dommage (parler des conflits relationnels, s'excuser pour des dommages interpersonnels, réparer des dommages matériels etc.) ;
- des sanctions cohérentes proportionnelles à la gravité du dépassement de la norme
- l'exclusion définitive ou le renvoi ne peut constituer qu'une mesure extrême. Dans ce cadre, l'accompagnement nécessaire doit être prévu de sorte que la continuité dans le processus d'éducation soit garantie ;
- responsabilités partagées et loyauté entre la direction et les enseignants.

Pour certains événements, on peut prévoir des scénarios d'interventions (p. ex. pour des problèmes comportementaux gênants et récurrents ou dans des situations de crise dues à des événements graves).

Dans ce cadre l'application précoce et cohérente des règlements est également importante car elle permet souvent d'éviter les escalades.

Le préventif est préférable au curatif mais les deux sont nécessaires. Sur le plan préventif, la culture et le climat scolaires constituent la base la plus importante. L'école, la direction et les enseignants doivent tendre vers une attitude positive constante à l'égard de chaque élève. Est également importante dans ce cadre l'application précoce et cohérente des règlements car elle permet souvent d'éviter les escalades.

La collaboration de l'école avec des instances externes est essentielle et ce tout d'abord avec la famille des élèves. Par ailleurs, il est préférable d'élaborer un réseau également dans lequel le PMS joue un rôle coordonnateur. En fonction de la nature des difficultés, on travaille en collaboration avec le secteur de la santé mentale, les soins médicaux et psychiatriques, la police, la justice, etc. Le concept d'aide à la jeunesse doit, dans ce

contexte, se concrétiser dans l'intérêt des adolescents. Il faudrait ainsi pouvoir mettre en place un cadre légal, des ressources et des incitants pour renforcer les collaborations entre les établissements scolaires et les acteurs éducatifs extérieurs à l'école (ONE, SAJ, SPJ, AMO, centres de santé mentales, écoles de devoirs, associations, etc.). Ceci limiterait les relais trop tardifs, les listes d'attente trop longues, la fragmentation des interventions, les allers-retours entre services et le manque de suivi à long terme.

Les autorités en général et le département de l'enseignement en particulier possèdent une grande responsabilité dans l'attribution de moyens suffisants pour l'accompagnement des élèves, en interne dans l'école et en externe dans les centres PMS. On doit tout particulièrement soutenir les écoles et les centres qui sont confrontés à une fréquence plus élevée de difficultés comportementales et / ou à des formes plus graves de celles-ci.

Enfin, il faut aussi s'assurer que les parents soient soutenus dans leur tâche d'éducation et puissent être « supplés » durant quelques heures par jours, si nécessaire. Un accueil suffisant, bien organisé, accessible et de qualité élevée en dehors de l'école peut donner aux parents ce répit dont ils ont besoin afin qu'ils puissent ultérieurement à nouveau faire face eux-mêmes à leurs enfants avec toute leur énergie. Un bon accueil après les heures de classe ainsi que des classes de devoirs dans le quartier sont nécessaires.

Un principe identique vaut pour le temps libre. Si les enfants peuvent jouer et faire du sport en toute sécurité, les parents peuvent ensuite à nouveau s'occuper totalement d'eux (cf. droit de jouer).

Il faut prévoir des programmes spécifiques pour les groupes les plus vulnérables (parents adolescents, familles monoparentales avec jeunes enfants) permettant de travailler sur les compétences d'éducation au moyen de visites à domicile et d'activités de quartier. (cf. programmes existants à l'étranger).

Pour les quartiers sensibles, il faut des programmes de prévention intégrés consistant en des visites à domicile pour les parents, une formation au comportement prosocial pour les enfants à l'école et un soutien spécifique des enseignants (cf programmes existants à l'étranger).

Il faut en tous cas rester ouvert et écouter ce que les adolescents, quelle que soit leur déviance, ont à raconter, ne pas seulement veiller à leurs droits mais exiger le respect de leurs obligations. Il faut donc également veiller à ce que les moyens nécessaires soient disponibles pour que les conséquences d'un comportement déviant telles que prévues par la loi puissent être effectivement appliquées.

La mise en place de telles stratégies, visant non seulement l'acquisition d'un savoir, mais aussi d'un savoir faire et d'un savoir être nécessite d'admettre que famille et école s'associent plus davantage.

De manière plus générale, il y a nécessité d'une collaboration et d'une coordination entre tous les acteurs concernés à savoir : le jeune, les parents, l'école, les centre d'accompagnement, l'aide sociale, les médecins, la police, la justice, etc.

8.1.2 Prévention sélective

Dans la prévention des troubles des conduites, lorsque ceux-ci se manifestent avec des conséquences néfastes pour l'enfant et l'adolescent et/ou son entourage, il est important de les identifier précocement, de comprendre ce qu'ils signifient et d'agir en conséquence.

Les interventions doivent être échelonnées en importance en sollicitant d'abord des aides de conseil et d'orientation. Ensuite, si nécessaire, en requérant l'intervention de professionnels spécialisés.

Les niveaux 2 et 3 du Programme Triple P permettent d'apporter une aide aux parents qui viennent avec des questions spécifiques. Il faut s'assurer que cette aide puisse se faire à domicile et qu'elle soit facilement accessible à tous.

En Flandre, il existe ainsi à titre pilote, des « Boutiques du Développement » (*Opvoedingswinkel*) installées dans la communauté de vie de la population et bien connues localement. Des premières informations et des conseils peuvent y être obtenus par les familles en difficulté avec un jeune.

A un niveau plus spécialisé dans les troubles des conduites, on trouve par ailleurs le programme H2M (Hard to Manage), développé par l'UCL pour des consultations de diagnostic et d'orientation.

Il faut par ailleurs que les professionnels qui sont le plus souvent en contact avec les enfants soient formés.

Il faut donc des programmes de formation pour les enseignants pour identifier ces problèmes et orienter les jeunes afin qu'ils bénéficient d'une prise en charge précoce adéquate. La formation (initiale et continue) et l'accompagnement des enseignants concernant les troubles des conduites doit donc être renforcée, tout en évitant les étiquetages abusifs (caractériel, hyperactif, etc.). Les collaborations entre enseignants et professionnels extérieurs à l'école (tels que les PMS, etc.) doivent être encouragées.

Etant donné la diversité des facteurs de risque et de protection en cause, ces interventions précoces doivent se faire grâce à des équipes multidisciplinaires. Financièrement, elles doivent pouvoir être accessibles aux enfants de tous les milieux socio-économiques.

8.2 Interventions psychologiques et sociales

Pour rappel, toute prise en charge d'un enfant rencontrant des problèmes doit se faire de manière contextuelle, et en tenant compte de ses conditions de vie et de son entourage.

8.2.1 En ambulatoire

En contact avec des enfants et adolescents « **difficiles** » **mais surtout en difficulté** (en particulier présentant un trouble des conduites tel que défini), les parents, enseignants et autres adultes concernés tenteront d'évaluer le contexte dans lequel cela se manifeste. Ils tenteront d'y remédier si possible, d'abord, avec leurs moyens propres (conseil et support).

Au-delà de ceci, on cherchera de l'aide auprès d'autres personnes de l'entourage.

Si nécessaire, on fera appel au dispositif existant d'assistance et de soins pour avis, consultation et prise en charge éventuelle. Outre des recommandations de nature pédagogique (tant pour les enfants et adolescents que pour les parents, les enseignants et les autres professionnels de la santé), ce dispositif comprend aussi des traitements.

Au cas où une prise en charge d'une pathologie structurée ne se justifie pas, des recommandations de suivi pour réévaluations ultérieures seront adressées à la famille, aux tuteurs désignés et aussi au milieu scolaire via la médecine scolaire.

Des réévaluations sont indiquées, vu la grande neuro-plasticité des structures cérébrales chez les enfants et les adolescents, autorisant de larges possibilités d'évolution, de modifications et d'apprentissage ultérieurs.

Dans tous les cas de troubles des conduites, des interventions multiples diversifiées, orientées dans les divers secteurs existentiels des jeunes sont nécessaires et doivent se faire dans la durée (famille, école, loisirs,...).

Toutefois, il manque un échelonnement dans les programmes de prise en charge. Trop souvent, dès qu'une difficulté quelque peu structurée est identifiée, on a tendance à rechercher une aide auprès des soins déjà spécialisés, en deuxième ligne. Cette affluence de demandes crée inévitablement des surcharges et des délais importants dans les réponses de prise en charge. A l'inverse, l'offre d'aide que l'on peut trouver dans des initiatives comme les boutiques de développement, les psychologues de l'ONE et les PMS, ou que l'on pourrait aussi trouver auprès de certains enseignants quelque peu mieux formés est moins spécialisée mais plus accessible. Ce réseau d'aide psychologique de première ligne devrait être élargi et facilement accessible.

Il faut aussi pouvoir utiliser les institutions de 2^e ligne pour aider les familles avec enfants et adolescents qui montrent des difficultés plus importantes. Pour cela, il faut prévoir des possibilités suffisantes dans les centres de santé mentale afin que les demandes puissent être traitées correctement et rapidement. Ceci implique, outre une extension, que les travailleurs sociaux soient spécifiquement formés pour offrir une aide à l'éducation empiriquement validée. Les thérapeutes de 2^e ligne doivent être formés aux programmes actuels de traitement individuel des enfants et adolescents difficiles, basés sur la recherche scientifique récente, comme le Triple P.

La dispense d'aide en cas de problèmes comportementaux et de soutien à l'éducation doit faire partie des soins de santé mentale.

Il faut veiller au remboursement dans un cadre clair (dispensateurs, contrôle de qualité, critères en matière de durée et d'intensité) et veiller à ce que les spécialistes non-médecins soient intégrés dans le système de dispense de ces soins de santé. Il faut s'occuper de l'agrément de ces nouvelles professions des soins de santé, à savoir les orthopédagogues et les psychologues cliniques spécialisés en problématique de l'enfance et de la jeunesse.

En cas de problèmes familiaux plus graves, une thérapie familiale fonctionnelle à domicile peut offrir une solution.

Pour une problématique complexe, la thérapie multisystémique qui travaille sur différents systèmes (maison, école, amis, voisinage, ...) simultanément est la plus indiquée.

Il faut toujours combiner un traitement individuel avec une approche contextuelle.

Au niveau scolaire, il est important d'orienter de manière appropriée les enfants dans les différents types d'enseignement. Il existe en effet un type d'enseignement spécifique pour les enfants présentant un trouble des conduites (type 3 - voir annexe 5).

Il importe également, dans la perspective de soutenir l'inclusion scolaire, de développer des stratégies visant à accompagner en enseignement ordinaire des enfants et adolescents ayant des troubles des conduites. A ce sujet, la perspective du « Soutien de toute l'école au comportement positif » (*Schoolwide Positive Behavior Support*) gagnerait à être connue des centres PMS et autres organismes délivrant le rapport d'inscription, des écoles ordinaires et spécialisées, et des associations de parents.

8.2.2 Approche résidentielle

Les interventions sous forme de placement et de détention en milieu fermé ne doivent être utilisées que comme dernière possibilité et la forme de traitement doit être adaptée à la problématique.

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 ...).

Il faut renforcer les possibilités de mesures axées sur la réparation des dommages occasionnés ou de la souffrance faite à autrui (service à la société).

Si l'adolescent ne peut être maintenu dans sa propre famille, le **placement familial** est la meilleure solution. Il faut favoriser le placement familial, le rendre financièrement attractif pour les familles mais poser en même temps des exigences de qualité suffisamment élevées. Les familles d'accueil doivent être accompagnées de manière intensive et des contrôles de qualité doivent être effectués.

Si, après toutes les mesures qui précèdent, le placement en institution s'avère encore nécessaire, il faut en choisir une adéquate.

Il est important de prévoir au niveau de cette 3e ligne un certain nombre de services psychiatriques pour enfants et adolescents, ainsi que pour l'accueil et le traitement d'enfants et d'adolescents présentant une problématique multiple (**psychiatrique et problèmes des conduites**).

Outre les possibilités existantes de placement en institution, il existe des possibilités de traitement résidentiel qui ne sont pas utilisées dans notre pays. La créativité et la réflexion sans préjugé aux possibilités alternatives de traitement doivent être encouragées. Pour les adolescents dont la socialisation ne s'est pas faite par l'éducation et qui, par conséquent, ne disposent pas des compétences de base en matière d'autocontrôle et de comportement prosocial pour pouvoir bien fonctionner en société, des mesures éducatives spécifiques pour parvenir à maîtriser ces compétences constitue une alternative judicieuse. Pour autant qu'elle soit conçue de manière réfléchie et réalisée de manière professionnelle et encadrée éthiquement, une formation intensive en groupe lors d'un stage d'éducation dans un cadre très structuré peut fournir de bons résultats. Lors d'un stage d'éducation, l'adolescent apprend différentes compétences d'autocontrôle telles que la récompense différée, la tolérance de la frustration et la résistance à la tentation. Il apprend à vivre en groupe, à respecter les limites, à accepter les conséquences de son propre comportement. Les compétences prosociales telles qu'écouter, aider, échanger, donner, sont abordées de même que mener et prendre la responsabilité pour d'autres. Il acquiert des compétences en matière de soins de soi dans le domaine de l'hygiène, des tâches du quotidien, des finances et de l'administration. Les adolescents reçoivent également la possibilité de développer des centres d'intérêt et de prendre connaissance d'autres formes de délasserment que celles qu'ils connaissent déjà. Lors de la formation, des attitudes de travail et des compétences professionnelles sont enseignées. On leur offre la possibilité de développer une identité autre que déviante parce qu'ils apprennent qu'ils peuvent briller sur un autre plan.

Les besoins d'assistance et de soins aux enfants et adolescents en difficulté nécessitent au cours du temps des interventions successives d'institutions diversifiées (ambulatoires, résidentielles ...). Il faut promouvoir la coordination entre ces institutions que le jeune sera amené à fréquenter (réseaux et circuits de soins).

8.3 Trans-sectorialité

Les difficultés inhérentes au contexte (famille, école, quartier) dans lequel vit l'enfant ou l'adolescent peuvent constituer une source importante qui pérennise le trouble des conduites, et l'agressivité en particulier. Il est par conséquent important que les interventions visant à sortir le jeune de ce marasme dysfonctionnel ne se limitent pas uniquement à lui

mais s'intéressent aussi à ce qui se passe dans la famille, l'école et les autres institutions qu'il fréquente.

Il est donc essentiel de travailler en partenariat et en réseaux. Souvent, le manque d'intégration des politiques menées nuit à leur efficacité. Ainsi, il faut absolument décloisonner les différents secteurs (santé, enseignement, justice, intérieur ...) et les différents niveaux de pouvoir afin d'apporter une approche intégrée à cette problématique. Pour cela, il peut éventuellement être intéressant de créer un groupe de travail sur le sujet rassemblant les différentes autorités compétentes.

Le protocole de coopération, en ce qui concerne les places dites « FOR K », cosigné par le pouvoir fédéral (Justice et Santé) et les entités fédérées représente un bel exemple de partenariat. Celui-ci concerne les jeunes délinquants placés par les Juges de la jeunesse et présentant par ailleurs des troubles psychiatriques. Mais ce type d'initiative peut être judicieusement étendue à d'autres problèmes pour lesquels synergie d'action et collaboration aideraient à mieux utiliser des compétences existantes mais trop souvent cloisonnées.

8.4 Recherche et évaluation des politiques menées

Beaucoup de politiques menées ne sont pas évaluées : il faut absolument combler cette lacune et recueillir des informations concernant les différentes stratégies d'intervention que les acteurs de terrains mettent en place afin d'évaluer à posteriori lesquelles sont les plus efficaces.

A ce titre, il est nécessaire de soutenir plus d'études rétrospectives et prospectives, ainsi que d'utiliser des approches interdisciplinaires. Ces études doivent inclure non seulement des indicateurs de santé des jeunes, en particulier de santé mentale, mais aussi des informations sur leur bien être et mal être général et sur l'ensemble de leurs conditions d'existence. Il faut aussi accorder une plus grande importance aux trajectoires plutôt qu'aux descriptions à un moment donné.

Ceci est de nature à mieux identifier les grandes potentialités d'évolution au cours des étapes du développement et aussi à mieux identifier les facteurs de risque et de protection qui permettent une meilleure résilience à travers des moments difficiles.

9. 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 :

Bijttebier Patricia	(Psychologie, KULeuven)
Celestin-Westreich Smadar*	(Psychologie, VUB)
Dancckaerts 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