

**Expertise collective INSERM Troubles des conduites <sup>1</sup> chez l'enfant et l'adolescent : notes de lecture  
Mars 2006**

**Le contexte :**

Situons tout d'abord le contexte historique, idéologique et politique de ce travail :

Il s'agit pour les auteurs de répondre aux questions posées sur ce thème par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants, laquelle a déjà sollicité un travail sur les « troubles mentaux, dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent » expertise rendue par l'Inserm en 2002.

Ce travail s'inscrit dans une logique déjà bien rodée, utilisée pour le rapport INSERM sur les psychothérapies, dont nous verrons plus bas qu'il est difficile de la qualifier de scientifique.

Il est concomitant du mouvement anti psychanalytique (Livre noir de la psychanalyse), et des rapports et propositions visant à dépister, désigner et « redresser » les comportements déviants (rapport Benisti Octobre 2004, notamment), avec l'idée que si tout le monde était dans la norme, les finances publiques se porteraient mieux.

Ces travaux et recommandations sont justifiés par l'affirmation d'une différence de nature entre le normal et le pathologique.

Signalons enfin le choix très orienté des intervenants ayant participé à ce travail (l'équipe INSERM de Bichat bien connue pour ses orientations DSM) des auditionnés, et de la bibliographie qui, bien qu'extrêmement fournie (« plus de 1000 articles et documents ») n'est absolument pas exhaustive puisque « recrutée » dans une seule orientation, celle du DSM et du comportement. L'éloge de la pluri factorialité affirmé dans les premières pages est donc resté à l'état de vœu pieux...

**Les postulats**

Comme les auteurs l'expliquent très bien, l'étude du comportement ne permet pas de tenir compte des travaux de la psychologie moderne sur les influences de l'environnement (ne parlons pas, bien sûr des travaux s'appuyant sur la théorie psychanalytique). Il leur est donc nécessaire d'en revenir aux modèles statistiques du milieu du 20<sup>e</sup> siècle, lesquels sont issus à la fois des conceptions constitutionnalistes du 19<sup>e</sup> siècle, et de la pratique des corrélations et de l'analyse factorielle.

Après avoir affirmé (chapitre « Facteurs tempéramentaux et de personnalité, p 133) « *Le tempérament est précocement repérable au cours du développement ; il aurait une base constitutionnelle, voire génétique et des corrélats biologiques identifiables (Busset et Plomin 1984 Bates 1986)* » puis : « *le tempérament se caractérise par une relative stabilité temporelle* » les auteurs détaillent pour nous les études qui ont porté sur les modèles de cette

---

<sup>1</sup> Glossaire en dernière page de l'article

époque, lesquels ne sont pas sans rappeler quelques souvenirs à ceux qui les ont étudiés sur les bancs de l'université dans une perspective historique.

- Modèle de la recherche de sensations de Zuckerman (1884) qui se définit par « *besoin d'expérience et de sensations variées, complexes, pouvant conduire le sujet à s'engager dans des conduites de désinhibition et des activités physiques et sociales risquées* », ce que l'auteur relie à l'activité du système catécholaminergique.
- Modèle biopsychosocial de Cloninger (1987) qui définit « *recherche de nouveauté* » « *éviter le danger* » « *dépendance à la récompense* » « *persistance* » « *détermination* » « *coopération* » « *transcendance* ».
- Modèle d'Eysenck (1989) qui définit « *névrosisme* » « *extraversion* » « *psychoticisme* »
- Modèle à 5 facteurs de Mc Crae et Costa (1987) dont le modèle de Cattell à 16 facteurs (1970) est un des précurseurs. Ce modèle comprend « *extraversion* » « *névrosisme* » « *agréabilité* » « *conscience* » « *ouverture aux expériences* ».

De mémoire (ce discours est-il si dépassé?...), les enseignants qui nous parlaient méthodologie, statistiques, psychométrie, corrélations et analyse factorielle nous expliquaient également que, ne sortant de la machine que ce qu'on y avait mis, ce qui autorisait à émettre des hypothèses, mais aucunement à faire des déductions causales...

### **Les définitions et leur justification :**

Après avoir retenu comme définition du TC (trouble des conduites) : « *ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquels sont bafoués, soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou règles sociales correspondant à l'âge* » (CIM 10 catégorie F 91), les auteurs, n'étant pas à une contradiction près, affirment que les classifications internationales présentent l'avantage « *d'échapper aux conceptions psychopathologiques, morales et juridiques* »... Chacun pourra donc se questionner sur ce que la psychopathologie peut avoir de pernicieux et également sur le domaine concerné par le terme bafoué... De même un peu plus loin (p13), il est question de traits CU (« *callous unemotional* ») proposés par Frick et Ellis en 1999, que les auteurs traduisent par « *froid et sans cœur* » (sic), l'existence de ces traits pouvant désigner « *une forme sévère de trouble des conduites à début précoce* ». Plus loin encore (p 56), les mensonges et les fraudes sont définis comme « *des comportements de tromperie tels les impostures les tricheries et les supercheries* » (sic) et il est dit que « *ces comportements existent chez les animaux et sont clairement observables chez l'enfant dès l'âge de 3 ans* ». Comme le dit très justement Alix Meyer, nous sommes ici renvoyés aux caractérologies « morales » du 19<sup>e</sup> siècle.

Toutefois, désireux d'afficher une certaine exhaustivité, les auteurs vont jusqu'à citer la classification française (Mises et coll 1988 p 9 et 10), afin de voir comment le TC y est appréhendé. Mais, constatant que cette classification « *ne veut pas se limiter à une description de symptômes juxtaposés* » (sic p 9), les auteurs en resteront là et la suite du rapport n'en fera plus jamais mention.

**Gageons que si cette classification avait été utilisée, les conclusions auraient été bien différentes, et que le but de cette publication n'aurait pas été atteint...**

Dès les premières page du rapport (p 13) on comprend d'ailleurs qu'une des justifications de cette étude est de maintenir la personnalité antisociale de l'adulte dans les troubles mentaux. En effet, selon le DSM, « *le diagnostic de personnalité antisociale ne peut être posé qu'après l'âge de 15 ans et nécessite que le sujet ait rempli les critères de diagnostic de TC avant l'âge de 15 ans* ». Ce thème est repris dans la synthèse pour justifier une perspective qui n'a de développemental que le nom : (p 335) « *Le trouble des conduites doit être considéré dans une perspective développementale. Cet aspect développemental est illustré par le fait qu'il est un pré-requis au diagnostic du trouble de personnalité antisociale à l'âge adulte* ».

## **Les choix méthodologiques :**

### **De bons outils mais de mauvais ouvriers...**

Les critères d'évaluation sont dits scientifiques et fiables mais les auteurs signalent à plusieurs reprises que parents et enfants étant de mauvais évaluateurs, il faut s'adresser aux enseignants, sous réserve qu'ils ne soient pas trop éloignés de la culture de l'enfant...(comme indiqué p 22) « *ils surestiment les symptômes quand la distance culturelle avec l'enfant est grande. Dion et coll 1998* ».

p 268 Conditions de l'évaluation : « *L'évaluation des enfants ou adolescents présentant des problèmes graves de comportement n'est pas sans poser quelques difficultés. Pour la majorité des échelles de comportement et d'agressivité, l'information est obtenue auprès des parents : ces derniers peuvent avoir tendance à minimiser l'importance des troubles manifestés par leur enfant voire à en nier l'existence, soit volontairement dans un souci de dissimulation par crainte d'éventuelles conséquences légales, soit parce qu'ils souffrent eux-mêmes de troubles de la personnalité antisociale. De même, lorsqu'on demande à l'enfant ou l'adolescent de quantifier lui-même ses difficultés, celui-ci peut mentir ou dissimuler ses problèmes de comportement, ce qui soulève nécessairement la question de la validité des informations recueillies* »... « *En conclusion,...différents outils d'évaluation ont fait la preuve de leur intérêt que ce soit sur le plan de l'aide au diagnostic ou celui de la quantification des symptômes. La plupart de ces outils n'a pas encore été validée en France* ».

Mais comment donc mesurer la différence culturelle ? grave question qui va trouver sa solution p 274 de l'ouvrage dans le chapitre « prise en charge psychosociale ». Pour appliquer le programme FFT (Functional family therapy) la première phase dite d' « engagement et de motivation » « *a pour but d'augmenter la perception par les membres de la famille de l'investissement et de la crédibilité du thérapeute. Ceci est le plus souvent réalisé en s'adaptant au mode de langage et/ou vestimentaire, (sic) c'est à dire par une réduction des marques de distance (culturelles et/ou sociales), une grande disponibilité et une attitude respectueuse facilitant la confiance et favorisant les échanges* ».

## **Nous avons, semble t il notre réponse : marqueurs culturels = look et langage...**

### **Affirmer vaut démontrer :**

Pour chaque chapitre (Définition / Prévalence / Comorbidité / Trajectoires développementales / Facteurs périnataux / Facteurs familiaux et environnementaux / Impact des médias / Attachement et pratiques éducatives parentales / Facteurs tempéramentaux et de personnalité / Déficits neurocognitifs / Facteurs génétiques

/Conduite d'agression chez l'animal de laboratoire / Mécanismes neurobiologiques), le rythme et les glissements sont toujours les mêmes : on accumule des constats sans affirmer, puis on liste les éléments de doute ou d'absence de spécificité pour conférer un aspect scientifique à la chose, puis enfin, on glisse une hypothèse que l'on reprendra comme certitude plus tard, sans jamais l'avoir démontrée. Ceci est particulièrement le cas pour ce qui concerne le caractère prétendument génétique et inné des troubles étudiés.

Exemple p 8 : Validité du diagnostic : Après avoir affirmé « *Les études sur le terrain ont montré la validité du diagnostic pour l'enfant d'âge scolaire et pour les adolescents, ainsi que sa stabilité* » puis, « *la validité pour les individus préscolaires a été ultérieurement démontrée* », les auteurs précisent qu'il y a un « *manque de validité des critères de la catégorie TC si le sujet vit en environnement défavorable* »... et deux pages plus loin, concernant le TOP (trouble oppositionnel avec provocation) et le TC, « *on peut donc s'interroger quant à savoir s'il s'agit de deux troubles différents ou de deux variantes d'un même trouble, avec éventuellement un support génétique commun* »...et voici affirmée la composante qui justifie toutes les affirmations du rapport, nous ne sommes que p 11 du document...

Exemple p 133 : « *...de nombreuses études ont permis de montrer que des facteurs individuels comme le tempérament et la personnalité avaient une influence vulnérabilisante vis-à-vis de l'apparition, le maintien et la sévérité du trouble des conduites...*

*Les concepts de tempérament et de personnalité font référence à des différences individuelles de réactivité émotionnelle et de comportement.*

*Le tempérament est précocément repérable au cours du développement ; il aurait une base constitutionnelle, voire génétique, et des corrélats biologiques identifiables »*

Exemple p 136 : Profil de tempérament à risque

« *Dans le modèle développemental de Thomas et Chess défini à partir de l'étude longitudinale de New-York, il apparaît que le cluster de traits définissant le tempérament difficile (qualité négative de l'humeur, faible persévérance, faible adaptabilité, forte distractibilité et réactions émotionnelles intenses, niveau élevé d'activité, retrait social) pendant l'enfance a une forte prédictivité vis-à-vis des problèmes d'adaptation psychosociale à l'adolescence et à l'âge adulte* ».

### **Donner un sens à ce qui n'en a pas :**

Cette technique est également particulièrement utilisée pour ce qui est des « prédictions ». Tout au long des chapitres, on voit les auteurs entretenir une confusion savamment rôdée entre facteurs de risque et caractère prédictif des observations, voire lien de causalité...ce dernier étant parfois carrément affirmé à partir de simples études de comorbidité (présence de deux ou plusieurs troubles chez un même individu). D'une association de troubles, on déduit une relation de causalité implicite, au lieu de formuler des hypothèses explicatives, puis de les tester.

Pour la prévalence (par exemple p 24), on précise tout d'abord qu'il y a un très grand nombre d'études (longitudinales, transversales, et en institution) et que les critères sont fiables. On donne ensuite des chiffres : le TOP se situerait entre 3 à 4% pendant l'enfance, pour diminuer à 1 à 3% pendant l'adolescence. Pour le TC, il y en aurait 2% chez les enfants et 3 à 4% chez les adolescents. Puis on affirme qu'il y a une forte stabilité du diagnostic avec le temps (les 2/3 des enfants porteurs le sont toujours à l'adolescence), et on en conclut (p 29) « *qu'il existe une certaine continuité du TOP dans l'enfance vers le TC à l'adolescence* »....

Pour la comorbidité, on peut lire (p 35) : « *le TDAH (trouble déficit de l'attention /hyperactivité) est l'une des pathologies psychiatriques les plus associées au TOP* »... « *Ce type de données renvoie au modèle du stepping stone dans lequel le TDAH est la première marche dans la progression vers le TC* » .

**Et voilà nos certitudes universitaires sur la méthodologie de la recherche bien malmenées...**

## **Absurdités logiques :**

Les chapitres « comorbidité » et « Trajectoires développementales » sont tout particulièrement féconds en affirmations et pseudo-démonstrations dignes d'un bêtisier:

Nous en citons quelques unes :

- P 52 : agressions physiques « *La très grande majorité des enfants commencent (sic !) à être agressive physiquement au cours des deux premières années de la vie* »... « *En France, les observations d'interactions sociales d'enfants de 24 mois dans des crèches ont montré qu'une interaction sur quatre était une agression physique*(Restoin et coll.1985) ».
- P 58 « *il est clair que l'hyperactivité, l'agression physique et l'opposition sont déjà associées à l'âge de 18 mois* »
- P 59 : Facteurs de risque des trajectoires d'agression physique chronique « *L'un des plus importants facteurs de risque d'une trajectoire chronique de l'agression physique est le sexe de l'enfant. Les garçons sont sur représentés* »
- P 61 « *Les enfants les plus hyperactifs à 18 mois ont deux fois plus de risque d'être sur une trajectoire élevée d'agression physique de 18 à 60 mois. Les enfants les plus oppositionnels à 18 mois ont trois fois plus de risque d'être sur cette trajectoire élevée d'agression physique* » (étude longitudinale, enfants du Québec) phrase suivie d'une précaution : « *cependant, il est impossible de conclure que l'hyperactivité et l'opposition sont les causes spécifiques d'une trajectoire élevée d'agression physique...* », mais qu'à cela ne tienne, on affirmera plus loin p 63 « *il semble que les individus qui présentent un trouble des conduites à début précoce ont généralement une trajectoire élevée d'agression physique et manifestent la majorité des autres symptômes inclus dans les critères du TC* »
- p63 : une brillante découverte : « *Aux Etats unis, sur un échantillon en milieu rural Maughan et coll 2000 ont mis en évidence que les trajectoires élevées de symptômes associant ou non l'agression physique prédisaient la fréquence des arrestations par la police des garçons et des filles* ».

Le chapitre « facteurs périnataux » comporte également quelques affirmations qui méritent le détour :

- p 73 « *Des scores élevés de complications obstétricales évalués selon l'échelle - Deadly Risk Situation- à partir des dossiers médicaux, impliquant en particulier une pré éclampsie, un prolapsus du cordon ombilical, un travail provoqué augmentent le risque de comportement violent à 6 et 17 ans uniquement chez les sujets ayant grandi dans un environnement familial hostile, et cette interaction interviennent en partie dans la persistance des comportements violents de l'enfance à l'adolescence* »
- p 75 « *Il existe une relation dose/dépendance entre le tabagisme de la mère et la perpétration de crimes violents et non violents, ainsi qu'avec la persistance et la récurrence des actes criminels. Les auteurs (Brennan et coll) ont également montré qu'il y avait une interaction significative entre l'usage du tabac pendant la grossesse et le niveau de complications obstétricales dans la prédiction de la criminalité* ».
- p93 : Grossesse précoce... « *Les très jeunes mères présentant ces caractéristiques (grossesse très précoce et comportement antisocial), et qui de surcroît fument pendant leur grossesse, représentent une population particulièrement à risque vis-à-vis de la survenue d'un trouble des conduites (comportement agressif ) chez leurs enfants, et constituent, par conséquent une population qui devrait pouvoir bénéficier d'un programme spécifique de prévention* ».

**« Et voilà monsieur, pourquoi votre fille est muette.... »**

Dans les chapitres suivants, on assiste à une montée en charge d' affirmations qui ne font plus rire du tout :

- p 161 « Pour ce qui est du déficit en lecture, celui ci semblerait avoir, néanmoins, un impact plus défavorable chez les filles que chez les garçons (Burke et coll 2002). Il serait ainsi prédictif d'un trouble des conduites chez les filles mais pas chez les garçons. Contrairement à celles ci, c'est le trouble des conduites qui serait prédictif d'un déficit en lecture chez le garçon et non l'inverse. La nature exacte des interactions entre lecture et TC, en fonction du sexe reste encore l'objet de spéculations »...et plus loin p 162 « Connaissant aujourd'hui la localisation des zones corticales dévolues au langage préférentiellement dans l'hémisphère gauche, ces différentes données empiriques plaident en faveur d'un dysfonctionnement probable de cet hémisphère chez l'enfant et l'adolescent présentant un TC ».
- p 181 : « ces données suggèrent ainsi l'importance du cumul des facteurs de risque biologiques et environnementaux et ouvrent vers l'hypothèse d'une susceptibilité génétique démasquée par les évènements de vie ».

(Il en serait donc du TC comme de la Drépanocytose et autres maladies génétiques, il y aurait des porteurs sains...).

- p 190 « L'héritabilité génétique du TC est de l'ordre de 50%, ceci, de manière indépendante du genre de l'enfant »
- p 201 « au sein des conduites antisociales, les comportements d'agression physique présentent la plus forte héritabilité (60-70%) »
- p 215 : « La nosographie du trouble des conduites de l'enfant et de l'adolescent décrit des variables et des comportements devant lesquels le biologiste des comportements ne peut qu'exprimer sa perplexité, voire son trouble, tant ces descripteurs semblent saturés en composantes juridiques et morales, l'infraction à la règle constituant l'ossature générale de ces manifestations (infraction aux règles sociales, cruauté envers des personnes ou des animaux, destruction des biens d'autrui) ». Dans ce chapitre (conduite d'agression chez l'animal de laboratoire) les auteurs précisent avec une certaine candeur (p 229) que « l'utilisation de modèles animaux du trouble des conduites constituait d'emblée une gageure tant le segment comportemental accessible chez le petit animal de laboratoire majoritaire en génétique et neurobiologie (rat et souris) était étroit, comparé à l'étendue du spectre nosographique du trouble chez l'humain. Pourtant, ce segment comportemental constitué essentiellement de la réaction agonistique d'attaque (ou de son absence) a permis de clarifier un certain nombre de problèmes et d'ouvrir des perspectives, tant aux plans fondamental que pharmacologique »
- p 255 « Les données neurobiologiques confortent pleinement l'idée d'une vulnérabilité particulière des structures cérébrales impliquées dans l'adaptation sociale et le contrôle des conduites au cours de l'enfance et de l'adolescence. Cependant, la très grande plasticité de ces structures laisse augurer d'actions possibles, notamment au niveau environnemental, en vue de corriger d'éventuelles conséquences d'agressions diverses (stress, abus, mauvais traitements...) qui seraient intervenues plus tôt au cours du développement ».
- p 266 : « actuellement, aucun de ces outils n'est validé et disponible en France »
- p 337 (synthèse) « Les études longitudinales menées du début de l'école primaire jusqu'à la fin de l'adolescence montrent que l'agression physique à l'école primaire prédit, mieux que l'hyperactivité et l'opposition, la violence physique à l'adolescence. Ces résultats et l'association entre l'hyperactivité, l'agression physique et l'opposition dès l'âge de 18 mois suggèrent que ces trois types de problèmes apparaissent souvent en même temps et s'influencent mutuellement de la petite enfance à l'adolescence...Les facteurs de risque des trajectoires élevées d'agression physique sont semblables aux facteurs de risque de troubles des conduites, de comportements antisociaux et de délinquance...Ces principaux facteurs de risque sont les antécédents de comportements antisociaux des parents pendant leur adolescence, le jeune âge de la mère à la naissance de son premier enfant, le faible niveau de scolarité de la mère, la consommation de tabac par la mère pendant la grossesse, la discorde familiale, la pauvreté, les comportements coercitifs des parents à l'égard de l'enfant ».
- p 339 « Les études de jumeaux retrouvent également une héritabilité génétique de l'ordre de 50 à 60% pour les troubles externalisés de l'enfant. En premier lieu, les comportements perturbateurs permanents

*et non contextuels sont les plus héritables. Le score d'héritabilité génétique du trouble des conduites ... est estimé à 50 % ».*

- p 343 « *Le profil combinant tempérament et caractère, qui caractériserait spécifiquement le trouble des conduites serait une forte « recherche de nouveauté » (excitabilité exploratoire, impulsivité, extravagance) et de faibles scores sur les dimensions « évitement de la douleur » (absence de fatigabilité, de timidité, de peur de l'incertain et d'anxiété anticipatoire), « dépendance à la récompense » (absence d'empathie, faible sensibilité au renforcement social) et « détermination » ( faible niveau de maturité individuelle et sens des responsabilités) ».*
- p 344 « *Le psychoticisme ( hostilité interpersonnelle, égocentrisme, froideur affective) apparaît prédictif d'un trouble des conduites et de comportements antisociaux chez les garçons comme chez les filles dans la mesure où cette dimension rend compte d'un pattern de trait relevant d'attitudes antisociales et de comportements impulsifs....Le trouble des conduites serait surtout la conséquence d'une incompatibilité trop importante entre le tempérament de l'enfant ( par exemple, forte impulsivité et faibles capacités d'inhibition ) et les exigences de son entourage ( par exemple, le style éducatif) ».*

## **Les propositions**

On l'aura compris, outre le fait de conforter le DSM, ce travail s'est donné pour but de justifier les types de programmes préconisés (prise en charge psychosociale, traitement pharmacologique, programmes de prévention).

Tout en précisant que ces programmes sont loin d'être correctement validés, ce rapport affirme qu'il faut les mettre en œuvre, égratignant au passage assez sérieusement les professionnels français, considérés dans le meilleur des cas comme isolés voire incompetents et surtout « non scientifiques ».

- p 356 : « *La situation française demeure problématique. Aucun programme de prévention du trouble des conduites ou de la violence au sens large n'a été publié dans la littérature scientifique. On peut faire l'hypothèse qu'il existe actuellement en France des interventions s'inscrivant dans le champ de la prévention des comportements violents, mais que celles-ci demeurent isolées et ponctuelles et ne sont pas élaborées à partir de la littérature empirique. De plus, il semble qu'il y ait une absence d'évaluation contrôlée et scientifiquement validée. En effet, les évaluations françaises semblent se situer davantage dans une démarche d'appréciation qui donne lieu à des éléments descriptifs. Elles ne fournissent en réalité aucune information sur les effets de l'intervention et sur sa potentielle efficacité ».*
- p 307 Présentation générale des programmes validés de prévention du trouble des conduites « *A l'heure actuelle, il existe peu de programmes de prévention validés portant spécifiquement sur le trouble des conduites. En effet, la majorité des programmes de prévention ne vise pas à prévenir spécifiquement l'apparition du trouble des conduites, mais cherche plutôt à réduire des symptômes généraux tels que les comportements agressifs, les actes délinquants ou antisociaux, les problèmes de comportements perturbateurs ou la violence en général ».*
- p 308 « *Aucun programme n'a recours aux critères diagnostiques du trouble des conduites... »*

La confusion entre soin et redressement ou rééducation psychosociale est largement entretenue, mais il faut ajouter à la décharge des auteurs que cette distinction n'a peut être pas de sens pour eux, dans la mesure où les programmes visent à modifier les comportements.

- p 273 Prise en charge psychosociale « *La prise en charge du trouble des conduites doit, dans la mesure du possible, associer des modalités multiples – car complémentaires – de traitement, comme pour la majorité des troubles psychopathologiques. Les modalités de prise en charge dites « psychosociales » intègrent des interventions à la fois parentales, scolaires, et individuelles concernant l'enfant lui-même. Ces méthodes sont pour l'essentiel fondées sur les théories de l'apprentissage et*

*utilisent des techniques cognitives et comportementales ( appliquées à l'enfant lui-même ou à l'enfant et sa famille) pour modifier un comportement en l'occurrence antisocial et agressif. D'autre part, les traitements pharmacologiques peuvent représenter un outil complémentaire utile... »*

### **Pour conclure :**

Les auteurs concluent par une interrogation qui ne va sans doute pas hanter nos consciences pendant trop longtemps :

(p 369) : Recommandations « *L'avancée des connaissances au plan clinique, cognitif, neuro-anatomique, biologique et génétique concernant le trouble des conduites et les troubles souvent associés permet d'élaborer des propositions d'action concernant le repérage, le diagnostic, la prise en charge et la prévention de ce trouble...La question de la distinction entre trouble oppositionnel et troubles des conduites reste posée... ».*

Indépendamment du caractère orienté et peu scientifique de ce travail, nous restons par contre nettement plus préoccupés de ce que nous avons lu dans le chapitre - Traitement pharmacologique : après avoir affirmé (p 285) qu'il « *n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique, à fortiori curatif du trouble des conduites* », les auteurs affirment que « *des traitements peuvent néanmoins être proposés* ».

S'en suit une revue de littérature des études faites sur, antipsychotiques, Clonidine, psychostimulants, thymorégulateurs, Lithium, anticonvulsivants, Carbamazépine, sérotoninergiques, agonistes béta adrénérgiques et autres substances.

Sur 59 références bibliographiques données, 28 concernent des études pharmacologiques faites en double aveugle sur des échantillons importants d'enfants et adolescents (de 9 à 74 sujets) **dont les plus jeunes ont 5 ou 6 ans !!!!!** et les plus âgés, 13 ou 16 ans...

Vous l'aurez compris, nous avons particulièrement mal supporté la lecture de ce chapitre. L'énumération des effets secondaires indésirables voire dangereux présentés par les enfants « objets » de cette étude est en soi une violence que nous avons préféré vous épargner.

**Marie-Odile Rucine et Nadine Labbé,  
sur un plan élaboré par l'ensemble du CA**

#### **Glossaire :**

DSM : Diagnostic and statistical manual of mental disorders

INSERM: Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicales

TC : Trouble des conduites

TDAH : Trouble déficit de l'attention/hyperactivité

TOP : Trouble oppositionnel avec provocation