



Troubles

des comportements

chez l'enfant

et l'adolescent



psycom 

Troubles

des comportements chez l'enfant et l'adolescent

SOMMAIRE

Introduction p. 03

Quelques repères p. 04

Le trouble des conduites selon le DSM p. 04

Intérêts et limites du DSM p. 04

Approche psychopathologique p. 06

Soins et accompagnements p. 08

Prévention p. 08

Partenariat et travail en réseau p. 08

Organisation des soins p. 09

Approches psychothérapeutiques p. 10

Accompagnement des familles p. 10

Traitement médicamenteux p. 10

Accompagnements socio-éducatif
et judiciaire p. 11

Aménagements et orientation
scolaires p. 12

Quelques points clés p. 14

Élaboration de la brochure p. 14

Où s'adresser ? p. 14

Pour en savoir plus p. 15

Introduction

Si les débordements comportementaux des plus jeunes inquiètent les adultes (c'est le motif de consultation le plus fréquent en pédo-psychiatrie), ils ne correspondent pas forcément un trouble du comportement en tant que tel. Et s'il existe des réponses thérapeutiques, elles ne sont pas univoques, et elles peuvent être proposées en dehors de la reconnaissance d'un trouble du comportement.

De quel(s) trouble(s) du comportement parle-t-on ? Du trouble des conduites (TC) et du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) tels qu'ils sont reconnus par le Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM), système classificatoire de l'Association américaine de psychiatrie, aujourd'hui largement diffusé.

Quels sont les intérêts et les limites de ces repérages diagnostiques ? Plus largement, comment les pédopsychiatres et les psychologues appréhendent-ils les débordements comportementaux des enfants et adolescents ? Quels sont les objectifs de leurs propositions thérapeutiques ? Quelles sont leur spécificité et leur complémentarité, par rapport aux accompagnements pédagogiques, socio-éducatifs et judiciaires, dont les enfants et adolescents qu'ils rencontrent peuvent, par ailleurs, bénéficier ?

Cette brochure tente de répondre à ces questions.

Attention aux amalgames

La notion de trouble des conduites entretient un amalgame entre délinquance juvénile, souffrance psychique et pathologie mentale. Pour cette raison, la reconnaissance de ce diagnostic ne fait pas consensus au sein de la communauté pédopsychiatrique.

Les soignants s'appuient sur une lecture compréhensive des mouvements psychiques qui sous-tendent les comportements des enfants et des adolescents. Ils ont le souci de proposer des réponses thérapeutiques personnalisées, qui tiennent compte de la demande des familles et des capacités de leur enfant à se mobiliser. Leurs interventions s'inscrivent dans une logique du soin et répondent à l'éthique de la relation thérapeutique. Parfois, elles s'accompagnent d'aménagement ou d'orientation scolaires, voire de mesures socio-éducatives et judiciaires, pour favoriser l'adaptation et l'épanouissement des enfants et des adolescents dans leur environnement familial, scolaire et social.

Quelques repères

Les pédopsychiatres utilisent trois systèmes classificatoires dans leur pratique clinique :

- la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)
- la Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'Organisation mondiale de la Santé
- le DSM (manuel statistique et diagnostic des troubles mentaux, version 5). Ce sont ces critères qui sont utilisés dans cette brochure.

Le trouble des conduites selon le DSM

Le **trouble des conduites (TC)** est défini comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes, qui bafouent les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet ».

Ces conduites - agressions physiques graves, actes de vandalisme, fraudes et vols, absentéisme scolaire et fugues - entraînent une altération conséquente de la qualité de vie, tant d'un point de vue scolaire que social. Ce diagnostic est le plus souvent établi à l'adolescence.

Selon les études, la prévalence du trouble des conduites est comprise entre 1,5 et 3,4 % de la population de moins de 18 ans.

Le **Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)** est défini comme : « un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité ».

Il s'agit d'un diagnostic le plus souvent établi entre 9 et 12 ans.

Intérêts et limites du DSM

Intérêt: la recherche

La description d'un phénomène évolue avec l'état des connaissances. Ainsi, d'une version à l'autre du DSM (DSM 4-R - 2000, DSM 5 - 2013), les frontières entre les diagnostics évoluent.

Le trouble des conduites s'exprime de manière très variable. Les formes cliniques diffèrent selon l'âge du début des troubles, leur sévérité et leur profil évolutif à l'âge adulte.

Les caractéristiques communes entre le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation - agitation, impulsivité et agressivité - et l'âge auquel ces diagnostics sont établis sont des arguments en faveur d'une continuité entre ces deux troubles.

Dans le DSM 5, un intérêt nouveau est porté sur les dimensions spécifiques telles que l'impulsivité et l'agressivité, pour expliquer la survenue de symptômes et leur transformation tout au long de la vie. Ces dimensions rendraient compte de l'hétérogénéité clinique du TC et de ses différentes trajectoires évolutives, de l'enfance à l'adolescence, jusqu'à l'âge adulte.

Limite : la pratique clinique

L'identification de facteurs de risque pour la survenue du TOP ou du TC, ou le passage de l'un à l'autre a une valeur explicative pour de larges populations d'individus - à partir desquelles ces diagnostics sont établis. En revanche, ils n'ont pas de valeur prédictive pour une personne en particulier.

Le DSM privilégie les facteurs constitutionnels, propres à l'enfant (génétiques, neurobiologiques, psychologiques), au détriment des contextes relationnel et socio-économique dans lequel il évolue ; sous-estimant l'impact de ces variables environnementales sur sa trajectoire de vie.

Un diagnostic d'élimination

Les critères diagnostiques du trouble du comportement sont non-spécifiques et peuvent se rencontrer dans l'ensemble des pathologies psychiatriques. Pour cette raison, ce trouble est considéré comme un diagnostic d'élimination². À l'adolescence en particulier, les psychiatres s'accordent pour retenir en priorité le diagnostic de dépression, qui peut s'exprimer selon des modalités comportementales similaires.

Ainsi, une évaluation psychopathologique rigoureuse de l'enfant et de son contexte permettra d'envisager une prise en charge thérapeutique appropriée.

(2) Un diagnostic d'élimination est porté en dernier recours, lorsque l'on a éliminé tous les autres et que la situation clinique ne reçoit pas de meilleure explication.

Approche psychopathologique

Les comportements dits perturbateurs, fréquents chez les enfants et adolescents, peuvent révéler une souffrance plutôt qu'être l'expression d'une pathologie psychiatrique. Au-delà de leur description, il est important de comprendre leur signification, en tenant compte de l'histoire de l'enfant, de son développement psycho-affectif et cognitif, de la qualité et la stabilité des relations avec son entourage familial, et du contexte relationnel.

Le fait que ces comportements soient « bruyants » ne signifie pas qu'ils sont pathologiques. C'est leur répétition et leur retentissement sur l'enfant et son entourage qui doivent alerter.

Avoir une vision globale, prenant en compte le développement de la personnalité de l'enfant et son environnement, permet aux professionnels d'évaluer la faisabilité d'une psychothérapie et, le cas échéant, de proposer les abords thérapeutiques à privilégier. Cette démarche permet aussi aux parents de mieux identifier les besoins psychiques de leur enfant, et d'y répondre.

Comportements dits perturbateurs et développement de la personnalité

L'agressivité et la violence ne sont pas seulement à envisager par leur seul aspect négatif et destructeur. Il existe un continuum des manifestations des plus banales au plus graves. La répétition de ces dernières est un élément en faveur d'un trouble du développement de la personnalité.

Dans ces situations, le sentiment de sécurité interne, d'existence est menacé. L'enfant, l'adolescent (sur)-réagit aux événements extérieurs auxquels il est confronté. Il est comme empêché de penser. Ses passages à l'acte témoignent d'une fragilité psychique. Il lui est difficile de contenir ses états émotionnels, de s'adapter aux différentes situations du quotidien, ce qui limite ses capacités à construire des relations stables avec son entourage et à développer ses potentialités.

Comportements dits perturbateurs et relation à l'autre

Agitation, opposition et transgression peuvent avoir plusieurs significations. Il est impossible de comprendre la signification de ces comportements si on les isole de leur contexte relationnel.

Il est important de considérer ce que ressentent les parents confrontés à ces situations, afin de les aider à mieux comprendre et à mieux s'ajuster aux besoins psychiques de leur enfant.



L'émergence de comportements perturbateurs, le refus d'accepter l'autorité de l'enseignant peuvent s'inscrire dans une problématique de séparation. Il arrive en effet que l'on sous estime les enjeux relationnels «parents/enfants» au moment de l'entrée en collectivité, à l'école. Plus tard, les parents sont amenés à requestionner leurs relations avec leur enfant devenu adolescent, en tenant compte de son besoin d'autonomie et du lien de dépendance affective qui les lie.

Prévention

La politique de prévention des troubles du comportement soulève de nombreux débats cliniques et éthiques. Les professionnels des maternités, des services de la Protection maternelle et infantile (PMI), de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) ou des structures de soins ont le souci de repérer les manifestations de souffrance psychique du bébé et du jeune enfant. Ils analysent les manifestations comportementales de l'enfant en rapport avec son développement global.

Ils proposent aux familles des accompagnements en fonction des besoins identifiés. Les interventions préventives visent à soutenir la capacité à jouer et à faire semblant de l'enfant ; aspects fondamentaux du développement de la pensée et de la personnalité.

Partenariat et travail en réseau

Les professionnels de l'enfance, chacun avec ses compétences propres, agissent pour prévenir, limiter, ou réprimer ces comportements.

Le développement de **réseaux pluri-professionnels et de structures partenariales** peut les aider dans leurs missions.

Ce travail en réseau permet d'élaborer des modalités d'accompagnement qui tiennent compte des enjeux thérapeutiques, socio-éducatifs et judiciaires (civil et pénal). Par ailleurs, il soutient des professionnels parfois gagnés par un sentiment d'impuissance, face à des enfants et adolescents qui, souvent en marge des institutions, demeurent peu mobilisables.

Des lieux d'accueil spécifiques pour adolescents ont été créés ces dernières années. Certains sont non médicalisés, comme les Points d'accueil et d'écoute Jeunes (PAEJ). D'autres sont médicalisés comme les Maisons des adolescents (MDA) qui, au niveau départemental, accueillent des adolescents dans un souci d'évaluation, d'orientation et de coordination des soins.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile organise des actions de prévention et de soins, coordonnées sur un territoire donné à partir des différentes structures sectorielles (CMP, CATTP, HDJ).

Les ressources et les méthodes thérapeutiques peuvent varier d'un service à l'autre. La participation de pédopsychiatres de secteur au Conseil local de santé mentale (CLSM), lorsqu'il existe, permet le développement d'actions concertées entre les partenaires d'un même territoire (secteur, PMI, écoles, associations, services sociaux, etc.).



Organisations des soins

Dans un souci de prévention et de traitement, des soins sont proposés aux enfants et à leurs parents. **Les soins ont pour objectif d'aider les enfants à s'exprimer sans avoir recours à des actes agressifs, voire violents.** Ils sont dispensés en ambulatoire (CMP, CMPP) ou en institution (CATTP, HDJ). Des interventions coordonnées et séquencées sont proposées, adaptées à chaque situation. Des bilans psychologique, orthophonique ou psychomoteur peuvent étayer le projet de soin et préciser le(s) choix thérapeutiques(s) à privilégier.

Il n'existe pas de traitement spécifique des troubles des conduites mais des réponses thérapeutiques graduées qui tiennent compte :

- du fonctionnement psychique et des difficultés relationnelles de l'enfant ou l'adolescent
- de son environnement familial et social
- du retentissement sur les apprentissages : une évaluation des compétences langagières (oral et écrit) et cognitives peut aboutir à des propositions de médiations psychopédagogiques, de traitement orthophonique et/ou de remédiation cognitive,
- de la demande de soins : une approche groupale autour de médiations culturelles, pédagogiques ou corporelles, peut être envisagée pour favoriser l'engagement des jeunes dans un processus thérapeutique.

Approches psychothérapeutiques

Les approches psychothérapeutiques diffèrent selon leurs objectifs et leur durée.

- **Les thérapies comportementales** favorisent de nouvelles formes de communication qui vont permettre une meilleure adaptation de l'enfant ou de l'adolescent à son environnement familial et scolaire.
- **Les psychothérapies d'orientation psychanalytique** visent des réaménagements « en profondeur » de la personnalité, par le réinvestissement de la vie psychique et du plaisir à penser.

Ces méthodes peuvent être envisagées de manière complémentaire.

Accompagnement des familles

Approche psychanalytique et systémique

Il s'agit d'aider les parents à porter un regard nouveau sur leur enfant, à mieux comprendre ses besoins psychiques et à envisager ses comportements sous le prisme de difficultés psycho-affectives. Les professionnels ont le souci de réinscrire le comportement de l'enfant et de l'adolescent dans un réseau large de significations : individuelles et familiales.

Approche comportementale

Ces thérapies, le plus souvent à destination des parents, sont surtout développées dans les pays anglo-saxons. Des séquences d'événements sont analysées afin de mettre en évidence les attitudes (style relationnel, méthodes éducatives) qui renforcent ou limitent les comportements problématiques de leur enfant.

Traitements médicamenteux : pas en première intention

Il n'y a pas de traitement pharmacologique spécifique pour les troubles du comportement (TC et TOP), ni de médicament qui ait reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication.

Toutefois, une prescription médicamenteuse est à envisager :

- **devant l'intensité des comportements agressifs ou d'autres comportements perturbateurs.** Il s'agit de traitements symptomatiques de courte durée (jusqu'à 6 semaines), qui visent à réduire l'agressivité persistante³.
- **lorsqu'il y a des troubles psychiques associés (comorbidité).** Le choix du traitement est alors fonction de ces troubles : psychostimulants, neuroleptiques ou antidépresseurs.

Un traitement médicamenteux ne peut constituer la seule réponse thérapeutique. Il ne s'agit jamais d'un traitement de première intention. Toute prescription médicamenteuse doit être envisagée comme un moyen de favoriser la mise en place et l'adhésion aux soins et aux autres modalités d'accompagnement.

Dans tous les cas, une prescription médicamenteuse doit être réalisée avec prudence et nécessite une surveillance médicale, les effets indésirables de ces traitements n'étant pas négligeables.

Accompagnements socio-éducatif et judiciaire

La plupart des actes délinquants retenus comme critères du trouble des conduites relève d'un traitement judiciaire au pénal. Il est réalisé par les professionnels de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ, dépendant du Ministère de la justice), qui ont pour mission la prévention et le traitement de la délinquance.

Les éducateurs de la PJJ aident à la prise de décision judiciaire et à sa mise en œuvre, qu'il s'agisse de mesures et sanctions éducatives ou de peines. Celles-ci dépendent des actes commis, de l'âge et de la trajectoire personnelle de leur auteur.

Depuis l'ordonnance de 1945, texte de référence en matière de justice pénale des mineurs, l'éducatif prime sur le répressif. Les mineurs délinquants sont considérés d'abord et avant tout comme des mineurs en danger qu'il faut protéger. Ceci se traduit par une collaboration entre les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et ceux de la PJJ et une spécialisation de la justice des mineurs, autour du juge des enfants.

L'accompagnement éducatif des mineurs au civil (enfance en danger) ou au pénal (enfance délinquante) a pour objectif leur protection et leur réinsertion sociale, scolaire et professionnelle.

Les travailleurs sociaux peuvent accompagner les parents pour une demande d'Aide éducative à domicile (AED) auprès de l'ASE.

(3) La rispéridone (Risperdal® et autres) est autorisée « dans le traitement symptomatique de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante dans le trouble des conduites chez les enfants à partir de 5 ans et les adolescents présentant un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne ou un retard mental. (...) Il est recommandé que la rispéridone soit prescrite par un spécialiste en neurologie de l'enfant et/ou en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ou un médecin très familier du traitement du trouble des conduites de l'enfant et de l'adolescent. Le traitement pharmacologique doit faire partie intégrante d'un programme de traitement plus large, incluant des mesures psychosociales et éducatives.» (Résumé des caractéristiques du produit (RCP) 24/11/2015 rispéridone, version consultée en ligne le 13/12/2016 sur medicaments.gouv.fr).



Aménagements et orientation scolaires

Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED)

En maternelle et primaire, les RASED proposent des médiations individuelles ou en groupe. Elles ont pour objectif de favoriser l'adaptation des élèves au milieu scolaire. Le réseau rassemble enseignants spécialisés et psychologues scolaires. Leurs interventions sont coordonnées par l'inspecteur de chaque circonscription.

Structures d'enseignement spécialisé

Si le maintien en milieu scolaire ordinaire devient difficile :

- Dans des situations critiques, l'intervention d'un médiateur (R'école 1) ou l'accueil temporaire sur un espace relais (R'école 2) peuvent être envisagés.
- Des élèves du primaire et du collège peuvent être orientés vers un Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) ou un Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), qui dépendent du champ médico-social.

Les équipes des SESSAD proposent des interventions à l'école et au domicile. Les équipes des ITEP accueillent dans leur institution (internat et externat) les enfants et les adolescents sur des temps partiel ou complet.

L'orientation d'un élève vers un SESSAD ou un ITEP est préconisée dans le cadre d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS) qui réunit ses parents et les professionnels de l'école qui interviennent auprès de lui. Elle requiert un certificat médical et une validation par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Classes et ateliers relais

Ces structures proposent des accueils temporaires aux collégiens et lycéens qui décrochent scolairement. Elles réunissent des professionnels de l'Education nationale et de la PJJ. Certaines collectivités territoriales, associations agréées complémentaires de l'enseignement public et fondations reconnues d'utilité publique sont engagées localement dans ces projets. Leur mission est de favoriser la re-scolarisation et la socialisation des jeunes.



Quelques points clés

- La prévention des troubles du comportement repose sur une approche globale de la santé psychique de l'enfant. Elle engage tous les professionnels de l'enfance.
- Plus que l'expression d'une pathologie, les comportements dits perturbateurs, fréquents chez les enfants et adolescents, peuvent révéler une souffrance psychique.
- Les critères diagnostiques du trouble des conduites sont non-spécifiques et peuvent se rencontrer dans l'ensemble des troubles psychiques.
- Il n'existe pas de traitement spécifique des troubles des conduites, mais des réponses thérapeutiques graduées qui tiennent compte de la situation de chaque enfant.
- Les soins ont pour objectif d'aider l'enfant à s'exprimer sans avoir recours à des actes agressifs, voire violents.
- Les approches psychothérapeutiques diffèrent selon leurs objectifs et les durées de traitement.
- Un traitement médicamenteux ne peut constituer la seule réponse thérapeutique. Il ne s'agit jamais d'un traitement de première intention.

Élaboration de la brochure

Cette brochure a été rédigée par le Dr Sandrine Bonneton en lien avec le Psycom. Le Dr Bonneton est pédopsychiatre au Centre Alfred Binet (Association de santé mentale du 13^e arrondissement de Paris - ASM13), consultante et responsable médicale au service pilote d'aide à la scolarisation et de soins de proximité du 13^e arrondissement.

Où s'adresser ?

Adresses utiles

- **Action sociale** : www.annuaire.action-sociale.org
- **Association nationale des Maisons des adolescents – ANMDA** : www.anmda.fr
- **Association nationale des Points écoute jeunes** : www.anpaej.fr
- **Centres médico-psychologiques** : Pages jaunes

- **Ministère de l'éducation nationale** : www.education.gouv.fr
- **École des parents et des éducateurs (EPE)** : www.ecoledesparents.org
- **Hyper Supers – TDAH France** : www.tdah-france.fr
- **Phare Enfants-Parents** : www.phare.org

Lignes d'écoute

- **Allô Grands Parents (EPE)** - 01 44 93 44 90
- **Ecoute famille Unafam** - 01 42 63 03 03 / www.unafam.org
- **Phare enfants-Parents** - 01 43 46 00 62 / www.phare.org
- **Inter service parents (EPE)** - 01 44 93 44 93

Pour en savoir plus

Psycom : brochures, vidéos et livres témoignages sur www.psycom.org

Plan d'action interministériel « Bien-être et santé des jeunes » – Novembre 2016 sur www.solidarites-sante.gouv.fr

- American Psychiatric Association, Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-5), ed. Broché, 2015
- Amiel M., fait au nom de la MI situation psychiatrie mineurs en France, Situation de la psychiatrie des mineurs en France, Rapport d'information n° 494 (2016-2017), déposé le 4 avril 2017
- Chamak B, Troubles des conduites, L'information psychiatrique 2011/5, (Volume 87), p. 383-386
- Chagnon JY, Cohen de Lara A, Les pathologies de l'agir chez l'enfant, Paris, Dunod, « Psycho Sup », 2012
- Chagnon JY, Cohen de Lara A, Faut-il s'inquiéter de la violence des enfants ? Les Grands Dossiers des Sciences Humaines 9/2010 (N°20), p. 34-34
- D'Ambrogio T, Speranza M, Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 60 (2012) 52-61
- Jeammet P, Le passage à l'acte, Cliniques 2015/2 (N° 10), p. 72-81
- Lamboy B., Pour une prévention précoce du trouble des conduites : une revue, Devenir - 2005/2 (Vol. 17), p. 153-170
- Misès R. (dir), Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) R2012, ed. Broché, 2012
- OMS, Classification internationale des maladies mentales (CIM 10)
- Perisse D et al., Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 54 (2006) 401-410

Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

Le Psycom édite 6 collections de brochures d'information :

- Troubles psychiques
- Psychothérapies
- Médicaments psychotropes
- Soins, accompagnements et entraide
- Droits en psychiatrie
- Santé mentale et...

psycom 

11, rue Cabanis - 75674 Paris Cedex 14
facebook.com/psycom.org - @Psycom_actu
www.psycom.org - contact@psycom.org

Avec le soutien financier de :



35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19

www.ars.iledefrance.sante.fr



103 bis rue Belleville
CS 91704 33063 Bordeaux

www.ars.nouvelle-aquitaine.sante.fr

Rédactrice en chef : Aude Caria (directrice, Psycom).

Rédaction : Dr Sandrine Bonneton (pédopsychiatre, ASM13), Céline Loubières (chargée de mission Psycom) et Aude Caria (directrice, Psycom). **Comité de relecture :** Dr Marc Bétrémieux (pédopsychiatre chef de pôle, Hénin-Beaumont), Dr Jean Chambry (pédopsychiatre, Président du Collège de Pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie), Claude Finkelstein (présidente Fnapsy), Chantal Roussy (administratrice Unafam) **Illustration :** AdobeStock (libre de droits).