

Bange, F. (2014). 20. Troubles oppositionnels et des Conduites. Dans F. Bange TDA/H - Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité : En 57 notions (p. 155-169). Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.bange.2014.01.0155>.

Il est bien connu que l'irritabilité et la colère sont communes chez le tout jeune enfant. Ainsi l'agressivité culmine de façon physiologique entre deux et trois ans pour s'atténuer ensuite, dans le cadre d'un développement normal (Tremblay, 2008). Mais les colères ainsi que les comportements agressifs et transgressifs peuvent se pérenniser, chose anormale après s'être assuré qu'ils ne sont pas les conséquences d'une maltraitance intrafamiliale. Leur persistance, leur fréquence, leur intensité et leur retentissement, par comparaison avec les autres enfants du même âge et vivant dans des milieux comparables, les caractérisent comme symptômes de deux troubles psychiatriques, le Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) et le Trouble des Conduites (TC).

La délinquance, quant à elle, est définie par la commission d'infractions, considérées dans leur dimension sociale. Avec elle, se posent les questions de la différenciation et des connexions entre les troubles psychiatriques et l'ordre légal et social.

## **Trouble Oppositionnel avec Provocation et Trouble des Conduites, dans les classifications internationales**

Dans sa classification, la CIM-10 publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé accorde une place prépondérante au TC, le TOP étant tenu pour une forme atténuée du premier avec un nombre restreint de symptômes et sans violation grave des droits d'autrui (OMS, 1993).

En fait, le TOP a émergé dans le DSM-III (en 1980) avant de recevoir son nom actuel dans le DSM-III-R (en 1987). Dans cette classification à la différence de la CIM-10, il est considéré comme une catégorie diagnostique distincte du TC.

Dans le DSM-IV (en 1994), trois catégories principales de Troubles perturbateurs coexistent donc : le TDA/H, le TOP et le TC. Mais le DSM-5 bouleverse cette architecture (APA, 2013). Le TDA/H rejoint le chapitre consacré aux « Troubles neurodéveloppementaux » ; le TOP et le TC, quant à eux, entrent dans le chapitre « Troubles perturbateurs, du contrôle des impulsions et des conduites ». Ce dernier rassemble les troubles ayant pour conséquence essentielle une atteinte aux droits d'autrui et/ou des conflits avec les normes sociales et les figures d'autorité.

## **Le Trouble Oppositionnel avec Provocation**

Le TOP est le trouble comorbide le plus souvent rencontré chez les enfants ayant un TDA/H puisqu'il est présent chez au moins la moitié d'entre eux. Cette association fréquente suggère des facteurs de risque communs aux deux troubles (Burns, 2014).

Le TOP est fait de comportements négatifs ou hostiles, où l'enfant conteste et refuse d'obéir, où il se montre susceptible, vindicatif, souvent fâché ou en colère. Ces comportements surviennent de façon fréquente et répétée, pendant des périodes prolongées, en dehors d'un épisode de dépression et en dehors de circonstances spécifiques telles qu'une séparation, par exemple. De tels comportements étant communs au sein d'une fratrie, pour les caractériser comme un trouble ils doivent également survenir en dehors de celle-ci.

***Louis : « Des fois, je le fais quand même exprès »***

Louis, 9 ans, présente depuis toujours un comportement agité et impulsif, fonceur et casse-cou. Il a commencé très tôt à grimper partout, et vers cinq ans on l'a retrouvé perché sur le toit de la maison grâce à une échelle oubliée. Son humeur est changeante et facilement maussade, même quand ses parents croient lui faire plaisir : « il est rarement content », disent-ils. Il est susceptible, il ne supporte pas les reproches et il s'emporte facilement. Souvent ses colères n'ont aucune raison identifiable. Mais il peut être câlin et tendre ; par exemple, il a multiplié les marques de gentillesse à sa mère lors d'une maladie récente de celle-ci.

Il a peu de copains, pas de « meilleur copain » ; ses pairs semblent le tenir à distance. Lorsqu'il joue avec des enfants, il « harcèle pour obtenir ce qu'il veut ; ou bien il pique des colères s'il est contrarié ». En récréation il se bagarre fréquemment : « Alexandre et Kevin, des fois c'est moi qui les embête, je leur dis des gros mots » ; quelques instants plus tard il change de version : « je les aime bien, et je joue au foot avec eux ; mais Alexandre me dit des gros mots ... c'est quand je marque un but avec la main ; on ne fait pas exprès de marquer avec la main, ... mais des fois, je le fais quand même exprès », explique-t-il goguenard.

Au club de judo il perturbe leçons et entraînements par ses disputes avec ses pairs. À l'école, il n'a pas de problèmes significatifs dans ses apprentissages. Mais le travail du soir a toujours été très pénible : « parfois il apprend facilement une leçon, mais d'autres fois il se lève brusquement et tape dans une porte ou menace d'écraser le bouquet de fleurs », explique sa mère. Il s'oppose à elle en lui disant : « tu me saoules ». Son père reproche à Louis de vouloir prendre « l'ascendant » sur elle.

Pour distinguer le TOP du TDA/H, il faut vérifier que les comportements problématiques ne surviennent pas seulement quand l'enfant doit faire un important effort de concentration ou pour rester calme. À la différence du TDA/H encore, le TOP a une composante émotionnelle caractéristique, faite d'irritabilité et de colère (Stringaris, 2010). Le DSM-5 souligne la dualité trouble de l'humeur – trouble du comportement, caractérisant ce syndrome.

## **Critères diagnostiques « A » du Trouble Oppositionnel avec Provocation, selon le DSM-IV**

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. Contesté souvent ce que disent les adultes.
3. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou règles des adultes.
4. Embête souvent les autres délibérément.
5. Fait souvent porter sur 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.

*N.B.* On ne considère qu'un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment qu'on ne l'observe habituellement chez des sujets d'âge et de niveau de développement comparables.

## Critères diagnostiques « A » du Trouble Oppositionnel avec Provocation, selon le DSM-5

*Les 8 critères A du DSM-IV sont reclassés en trois groupes, et trois sont légèrement modifiés.*

*Humeur irritable / fâchée*

- A1, A6 et A8 inchangés.

*Comportement opposant / provoquant*

- A2 réécrit : *"Often argues with authority figures or, for children and adolescents, with adults."*
- A3 réécrit : *"Often actively defies or refuses to comply with requests from authority figures or with rules."*
- A4 et A5 inchangés.

*Caractère vindicatif*

- A8 réécrit : *"Has been spiteful or vindictive at least twice within the past 6 months."*

Le « N.B. » est réécrit afin de souligner que, chez les enfants avant 5 ans, les colères peuvent survenir toutes les semaines, et qu'elles ne doivent être considérées comme un symptôme de TOP que si elles surviennent presque tous les jours depuis plus de six mois, et que si elles entraînent une gêne significative.

Dans les deux versions du DSM, une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel est requise. Les comportements décrits en A ne surviennent pas exclusivement au cours d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble de l'humeur ; le DSM-5 y ajoute « l'usage de substance » et le « *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* ». Le DSM-5 autorise le diagnostic de TOP coexistant avec celui de TC et de Personnalité antisociale. Il n'est pas rare que le TOP ne survienne que dans le milieu familial, aussi le DSM-5 fait-il du caractère envahissant des symptômes (en dehors de la famille) un indicateur de sévérité.

# Causes du TOP

Le TOP apparaît habituellement avant l'âge de 6 ans, et rarement après les premières années d'adolescence. Le plus souvent, les symptômes se manifestent d'abord à la maison, avec des personnes que l'enfant connaît bien. Ainsi le trouble n'est pas toujours visible à l'école, en collectivité ou lors d'un examen chez un professionnel de la santé. Mais il peut s'étendre à d'autres environnements, avec le temps.

Souvent, les jeunes patients ne se considèrent pas eux-mêmes comme hostiles ou provocateurs ; ils justifient au contraire leurs conduites comme des réactions à des demandes déraisonnables ou à des injustices.

Le TOP est plus fréquent dans les familles où la continuité de l'éducation a été interrompue par une succession de personnes différentes ou par des pratiques éducatives instables incohérentes ou négligentes, dans celles avec des pratiques éducatives dures, dans celles où il existe un conflit conjugal grave et enfin dans celles où un parent a des antécédents de trouble de l'humeur, de TOP, de TC, de TDA/H, de personnalité antisociale ou de troubles liés aux psychotropes. La difficulté en est augmentée de démêler les responsabilités, et de distinguer entre réaction des parents aux comportements difficiles de l'enfant, et réaction de l'enfant aux pratiques éducatives inadaptées ou hostiles qu'il subit venant de ses parents, ou la combinaison des deux (Wymbs, 2014).

Une part du TOP est donc imputée aux facteurs éducatifs familiaux. Mais une interaction avec des facteurs génétiques est également examinée par les chercheurs (Bornoalova, 2014). Le trouble est plus fréquent chez les garçons ayant présenté, avant l'âge scolaire, un tempérament difficile (réactivité excessive, difficulté à se calmer) ou une hyperactivité motrice.

## La part du TOP dans le retentissement des troubles du comportement

Le TOP aggrave le retentissement négatif du TDA/H. En effet, l'association des deux augmente les conflits avec les parents, les professeurs ou les camarades, ainsi que les risques de rejet, d'exclusion par les pairs ou d'interruption précoce de la scolarité. En outre le TOP s'accompagne fréquemment d'une mauvaise estime de soi, d'une labilité de l'humeur, d'une faible tolérance à la frustration venant renforcer celles liées au TDA/H. Et à l'adolescence il accroît le risque d'une consommation précoce d'alcool, de tabac ou de drogues illicites. À l'âge adulte, les enfants et les adolescents ayant un TOP connaissent plus de difficultés d'adaptation liées à un tempérament antisocial, à des difficultés de contrôle des impulsions, ainsi qu'à l'abus de substance, l'anxiété et la dépression (Burke, 2014).

Le diagnostic de TOP mérite-t-il d'être individualisé chez l'adulte, en plus d'un TDA/H ? En comparant entre eux, des adultes ayant un TOP isolé, ou un TDA/H isolé, ou un TOP et un TDA/H comorbides, on observe un gradient de sévérité avec en tête le groupe ayant les

deux troubles coexistants. Cet argument montre que le TOP peut être distingué du TDA/H en terme de retentissement, chez l'adulte comme chez l'enfant (Gadow, 2007).

L'existence d'un TDA/H dans les antécédents augmente considérablement le risque de TOP chez un adulte (McGough, 2005). Le sous-type de TDA/H dans l'enfance a aussi une influence : 25 % des TDA/H du type mixte ou hyperactif-impulsif prédominant ont un TOP, et seulement 9 % de ceux avec inattention prédominante. Par contre la persistance ou non du TDA/H à l'âge adulte joue peu.

## Troubles des Conduites

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le TC comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant » (OMS, 1993). Le TC, plus sévère que le TOP, inclut des agressions physiques envers les personnes ou les animaux, des destructions de biens matériels, ou le recours habituel au vol ou à l'escroquerie.

Habituellement, les sujets ayant un TC manifestent peu d'empathie et peu de sollicitude envers autrui. Ils déclenchent les hostilités ou réagissent agressivement envers les autres. Ils ont une faible tolérance à la frustration, une irascibilité, des accès de colère, des imprudences avec des conduites dangereuses, à risque d'accidents.

Dans les situations ambiguës, ils interprètent à tort les intentions des autres comme hostiles et menaçantes et réagissent avec une agressivité qu'ils considèrent justifiée. Ils peuvent être durs, sans remords ni culpabilité. Ils dénoncent facilement les autres ou essayent d'attribuer leurs méfaits à autrui.

### ***Yoann : « Il faudrait un truc pour parents maltraités. »***

Yoann a été suivi de façon ininterrompue par des psychologues et psychiatres dès l'âge de 2 ans. Voici les éléments rétrospectifs recueillis à 10 ans et le suivi mené jusqu'à 17 ans.

À la crèche puis à la maternelle, « il ne faisait que ce qu'il voulait, il refusait tout ce qu'on lui demandait, il mordait et il cognait » rapporte sa mère. En moyenne section de maternelle, par exemple, il avait arraché des poils au lapin de la classe. En grande section, les parents d'un enfant ont porté plainte après des brutalités, et il a été exclu de l'école maternelle. Après avoir lancé une chaise sur une monitrice traitée de « putain », il a été également exclu du centre de loisirs.

Au long de l'école primaire, les apprentissages ont été corrects mais son agitation en classe a entraîné de nombreuses punitions. Il était rejeté par ses pairs, avec des bagarres fréquentes en récréation. Il lui arrivait également de menacer sa mère, ou bien d'avoir des colères violentes dans le cabinet du psychologue. Il se rappelle : « j'ai levé la main sur ma mère, il faudrait un truc pour parents maltraités », puis s'adressant à elle sur un ton sans réplique : « je te frappe pour rire, je retiens ma force ; sinon je te pète un bras ! »

Au CM1, des brutalités répétées sur un élève ont entraîné une exclusion temporaire de l'école. Yoann et ses parents sont alors convoqués chez le juge pour une admonestation qu'il trouva injuste : « pour lui, c'est toujours de la faute des autres ; c'est ainsi depuis le début », explique sa mère. Interdit de cour de récréation, il avait également été exclu de la cantine. Au judo, où il réussissait bien, sa ceinture lui avait été retirée en punition.

Au CM2, alors qu'il était menacé d'une nouvelle exclusion de l'école, Yoann s'est fait prendre à distribuer de l'argent volé à son père.

Un bilan dans un service de pédopsychiatrie est alors réalisé, sur plusieurs jours. Voici un extrait des observations consignées pendant une demi-journée parmi d'autres, ainsi que le résumé des bilans psychologique, orthophonique et psychomoteur. Observations des infirmières : « comportement assez calme, mais Yoann entraîne les autres à faire des bêtises avec lui, il apprend des insultes aux plus petits, il cherche à taper Guillaume sur les doigts avec une règle, cadré +, peu de réaction de sa part ; crise d'opposition en fin de matinée, il se bat avec Florian, il répond +++ à l'adulte, violence verbale + et physique +++, cadré en chambre, il prend le stylo-plume de Guillaume et cherche à ouvrir la fenêtre ; il cherche à sortir de l'unité, attrapé, unité fermée à clé ; plus calme après le repas, surveillé ++ »

Examen psychologique : « De bon contact, il s'efforce de donner une bonne image : il se montre exagérément poli et respectueux, arbore une mimique soucieuse voire triste, baissant les yeux ; cette façade se dégage en fin d'entretien lorsque Yoann évoque son agressivité envers certains enfants, il ne peut alors s'empêcher de se montrer moqueur et fanfaron ; il a conscience de son comportement, il reconnaît qu'il peut être violent envers ses pairs ; il dit regretter et affirme rechercher une aide afin de mieux gérer cette agressivité. »

Le QI verbal est dans la zone moyenne forte ; le QI de performance dans la zone limite, en raison de difficultés attentionnelles. Le bilan orthophonique et le bilan psychomoteur sont sans particularité. Au terme de l'hospitalisation un TDA/H est diagnostiqué, ainsi qu'un Trouble des Conduites.

En 6<sup>e</sup> Yoann qui revendique de « foutre la pagaille » en classe tout en niant ses responsabilités est menacé d'une exclusion du collège. Il fugue jusqu'à 3 heures du matin. Il vole de l'argent à son père. Il refuse de continuer le suivi avec le même psychologue. Un internat est proposé mais les parents y sont hostiles. Après son entrée en 5<sup>e</sup> dans un autre collège, on signale de « gros problèmes de comportement : agité, instable, ne respecte pas les règles, bavarde constamment dès qu'il le désire, manque de respect aux enseignants (tutoiement, insolences) ; exclu de nombreux cours ». Yoann fait de nouvelles fugues et vole de l'argent. Il est convoqué au commissariat ; son père écrit au juge et le médecin de famille aussi. Le juge nomme un éducateur. Yoann est renvoyé de son deuxième collège.

Admis cependant en 4<sup>e</sup>, dans un 3<sup>e</sup> établissement, dès septembre il menace le conseiller principal d'éducation ; il est exclu deux jours puis envoyé en « classe-relai » avant une exclusion définitive peu après son retour. Il rentre dans un quatrième collège. Il commet plusieurs fugues, dont l'une de 3 jours en dormant dans des cages d'escalier semble-t-il. À la maison « c'est l'enfer » dit son père, Yoann est grossier et agressif avec sa mère ; sa froideur et son cynisme choquent la famille lors du décès de sa grand-mère. Des « centres

spécialisés » sont proposés que la famille refuse ; une nouvelle éducatrice est nommée que Yoann refuse de voir, puis un troisième éducateur.

En 3<sup>e</sup> ses parents acceptent un traitement médicamenteux pour lui.

L'amélioration des résultats scolaires est indéniable (assez bons en mathématiques, médiocres en français). Fin juin il rentre dans les bâtiments du collège par effraction et son père le récupère au commissariat.

Admis malgré tout en 2<sup>nd</sup> Yoann ne travaille « pas du tout », dit son père : « vers minuit, il prépare des antisèches ». Les relations avec ses parents sont très tendues ; son père est excédé par le manque de respect, il évoque le départ de Yoann du domicile. Yoann n'est pas admis en 1<sup>ère</sup> dans la filière dont il rêvait, il demande à redoubler la 2<sup>nd</sup>, son père rencontre le proviseur qui parle, lui, d'exclusion. En famille Yoann est « invivable » ; il rentre à 1 ou 2h du matin, il découche souvent plusieurs nuits de suite, ses parents ne savent pas où il dort. Le suivi par l'éducateur a été interrompu et les parents ont demandé sa reprise au juge.

Lors de la dernière consultation la mère de Yoann lui rappelle les bénéfices du traitement pendant l'année de 3<sup>e</sup>, la seule où il le prenait assez régulièrement. Yoann, le regard baissé, proclame : « je n'ai plus envie de le prendre ; avec, je ne suis pas moi-même. » La consultation se termine dans une impasse. La famille de Yoann n'a plus donné de nouvelles ensuite.

Dans la définition du DSM-IV comparable à celle de l'OMS, trois critères ou plus parmi quinze doivent être présents au cours des 12 derniers mois, et au moins un au cours des 6 derniers mois (« critère A »). À la différence du TOP, le TC n'inclut pas de dysrégulation émotionnelle (irritabilité, colères) dans sa définition.

## **Critères diagnostiques « A » du Trouble des Conduites, selon le DSM-IV et repris dans le DSM-5**

### **Conduites agressives dans lesquelles des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique**

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 des personnes.
5. A fait preuve de cruauté physique envers des 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.

### **Conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique**

1. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants.

2. A délibérément détruit le bien d'autrui (autrement qu'en y mettant le feu).

#### **Fraudes ou vols**

1. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui.

2. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (par exemple « arnaque » les autres).

3. 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 des règles établies**

1. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

2. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période).

3. Fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

Le trouble entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel (« **critère B** »). Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux critères de la « personnalité antisociale » (« **critère C** »). Les comportements caractéristiques se produisent habituellement dans des contextes variés, à l'école, à la maison, à l'extérieur. Les sujets atteints ont tendance à minimiser ou dissimuler leur comportement.

## **Comorbidité entre TDA/H et Trouble des Conduites**

Le TC peut apparaître dès l'âge de l'école maternelle, mais le plus souvent cela arrive entre le milieu de l'école primaire et le milieu de l'adolescence ; il est rare qu'il le fasse après 16 ans. Fort heureusement, chez la majorité des patients le TC s'amende avec la maturité, et particulièrement quand il est apparu seulement à l'adolescence.

On estime qu'environ deux tiers des enfants ayant un TDA/H et un TOP auront également un TC (Greene, 2005). Le risque de TC est lié au « comportement opposant/provocant » et au « caractère vindicatif » du TOP (Drabick, 2012).

La sévérité du TC est fortement liée à l'âge de début. La forme débutant pendant l'enfance a une comorbidité fréquente avec le TDA/H, et habituellement elle succède à un TOP. Dans cette forme précoce, souvent le tableau symptomatique est complet, et l'évolution est chronique avec un risque important d'évolution vers une personnalité antisociale.

Deux des formes du TDA/H, celle de type mixte et celle avec hyperactivité-impulsivité prédominante, ont un risque plus élevé de comorbidité avec le TC, comme avec le TOP. Le TC est plus rare chez les patients ayant un TDA/H avec inattention prédominante (Murphy, 2002).

# TDA/H, TC et délinquance

La notion de délinquance est d'ordre social et légal. Elle ne se superpose pas à celle de TC : les critères de celui-ci comprennent des actes non criminels tels que le mensonge, les fugues et ils ne fournissent pas une liste exhaustive des comportements délinquants ; certains délinquants n'ont pas les critères d'un TC ni d'une personnalité antisociale.

Alors qu'il existe une forme de petite délinquance transitoire à l'adolescence, loin d'être exceptionnelle, une forme plus sévère et plus rare est faite d'infractions graves, violentes et persistantes. Les premiers signes de cette dernière apparaissent souvent dans l'enfance, et elle est plus susceptible de se poursuivre à l'âge adulte (Sibley, 2011).

Les données épidémiologiques indiquent que cette forme de délinquance grave peut démarrer tôt sur un terrain d'impulsivité, de tempérament mal contrôlé, et de TDA/H avec une comorbidité de TOP et de TC. Ces données sont enrichies par une étude longitudinale menée à Pittsburgh concernant l'association entre le TDA/H et la délinquance (Sibley, 2011). Chez des garçons ayant reçu entre 5 et 12 ans un diagnostic de TDA/H, trois groupes de diagnostics avaient été constitués : TDA/H isolé, TDA/H et TOP, TDA/H et TC. Sans surprise, les sujets ayant un TDA/H et un TC comorbides affichent une délinquance significativement pire que les deux autres groupes, dans presque tous les indices étudiés, lors de l'évaluation faite entre 22 et 28 ans. Mais de façon moins attendue, les garçons ayant un TDA/H isolé affichent un âge plus précoce d'initiation à la délinquance, une plus grande variété d'infractions et une prévalence plus élevée de délinquance grave, par comparaison avec un groupe contrôle indemne de TDA/H.

Ces résultats, montrant que le TDA/H constitue en soi un facteur de risque pour la délinquance à l'âge adulte, confortent ceux relevés dans une autre cohorte suivie de façon longitudinale (Barkley, 2004). Ici, chez des enfants ayant un TDA/H et un TC comorbides, le facteur prédictif le plus fort d'activités antisociales est la sévérité du TDA/H à chaque âge du développement (enfance, adolescence, âge adulte). La sévérité du TC n'est un facteur prédictif que dans l'enfance, et en second rang derrière la sévérité du TDA/H.

En outre, une analyse factorielle des conduites antisociales faisait ressortir deux dimensions dénommées « criminalité prédatrice » (vol, effraction de domicile, agression) et « criminalité liée à la drogue » (possession et le trafic de drogues illégales, port d'armes). Seule la seconde était significativement plus élevée chez les TDA/H que chez les contrôles. Cette étude montre donc que c'est l'usage de drogue à l'adolescence qui contribue principalement à expliquer les activités antisociales chez ces jeunes ayant un TDA/H.

L'apparition d'une délinquance a pu être étudiée à New York sur une durée exceptionnelle (33 ans en moyenne) dans une cohorte composée d'enfants ayant un TDA/H, suivie continuellement jusqu'à l'âge adulte (Klein, 2012). Une caractéristique notable de cette cohorte est d'avoir exclu les enfants ayant principalement des comportements agressifs à l'école, et aucun patient ne présentait donc de TC dans l'enfance. Malgré cela, 15 % des jeunes patients inclus initialement ont été incarcérés au moins une fois lors des évaluations à l'âge adulte, contre 1 % parmi des sujets contrôles. Le différentiel de criminalité est fait essentiellement de vols, et il s'explique statistiquement par le développement d'abus de substance à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Enfin soulignons que les enfants ayant un TDA/H, mais exempts de troubles antisociaux et d'abus de substance à l'adolescence, n'ont pas de risque de criminalité supérieur aux autres, devenus adultes, dans cette même enquête longitudinale dont les conclusions ont un intérêt exceptionnel en raison de la durée du recueil des données qui les appuient.

Le risque de délinquance à l'âge adulte n'est donc pas du tout uniforme ni identique chez tous les patients ayant un TDA/H. Une enquête longitudinale en Californie, menée sur trente ans, illustre les contrastes dans le risque d'évolution vers la criminalité (Satterfield, 2007). L'inclusion était faite dans un centre de soins parmi des garçons ayant un TDA/H, mais à l'inverse de la cohorte de New York, 78 % des jeunes patients avaient également un « problème de conduites » (bagarres fréquentes, vols, mensonges pour couvrir des méfaits). La cohorte a été suivie jusqu'à l'âge de 38 ans, et l'état des arrestations établi d'après les registres officiels pour 91 % des sujets inclus dans l'enfance.

Comptabilisés tous ensemble, les adultes ayant un TDA/H ont des taux d'arrestation, de condamnation et d'incarcération multipliés par quatre à sept, comparés à des témoins. Mais un examen plus précis montre que la majorité d'entre eux n'ont aucun comportement délictueux : c'est un sous-groupe de 69 adultes (parmi les 179 évalués) qui connaissent 228 arrestations (3,3 par sujets) dont 88 pour des faits liés à la drogue. Les taux diminuent fortement avec l'âge (59 % ont été arrêtés entre 18 et 21 ans, 32 % entre 27 et 32 ans, et 16 % entre 36 et 38 ans). La durée de l'enquête révèle un sous-groupe réduit d'adultes avec des antécédents de TDA/H et TC et ayant un nombre élevé d'incarcérations encore après 35 ans.

## Conclusion

Le TDA/H et les conduites antisociales sont deux choses bien distinctes. Un sous-groupe des enfants ayant un TDA/H est exposé à un risque particulier de conduites délinquantes : les plus hyperactifs et les plus impulsifs, rarement ceux avec uniquement un déficit d'attention. Le TC qui apparaît à l'adolescence est fortement lié à la consommation de drogues. Les enfants ayant un TDA/H et un TC débutant tôt sont plus exposés à une évolution péjorative. C'est vers eux que doivent se tourner en priorité les programmes de prévention.

Le passage à la délinquance menace particulièrement certains des patients ayant un TDA/H : le risque est plus grand pour ceux présentant dès l'enfance ou le début de l'adolescence un Trouble des Conduites. Les risques de délinquance concernent moins les patients ayant la forme avec « nattention prédominante », mais beaucoup plus ceux avec la forme « mixte » ou celle « avec hyperactivité-impulsivité prédominante », d'autant plus que les troubles étaient sévères tôt dans l'enfance, et accompagnés d'autres troubles liés au refus de l'obéissance (Trouble Oppositionnel avec Provocation, Troubles des Conduites).

## Bibliographie

- Barkley RA, Fischer M, Smallish M. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children : antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45 : 195-211. [Consulter](#)

Bornovalova MA, Cummings JR, Hunt E, *et al.* (2014). Understanding the relative contributions of direct environmental effects and passive genotype-environment correlations in the association between familial risk factors and child disruptive behavior disorders. *Psychol Med*. 44(4):831-44.

Burns GL, de Moura MA, Beauchaine TP, McBurnett K. (2014). Bifactor latent structure of ADHD/ODD symptoms : predictions of dual-pathway/trait-impulsivity etiological models of ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*. 55(4):393-401.

Burke JD, Rowe R, Boylan K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *J Child Psychol Psychiatry*. 55(3):264-72.

Drabick DA, Gadow KD. (2012). Deconstructing oppositional defiant disorder : clinic-based evidence for an anger/irritability phenotype. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 51(4):384-93.

Gadow KD, Sprafkin J, Schneider J, *et al.* (2007). ODD, ADHD, versus ODD+ADHD in clinic and community adults. *Journal of Attention Disorders*. 11(3):374-83. [Consulter](#)

Greene RW. *Oppositional Defiant Disorder*. (2005). In : Hersen M, Thomas JC, editors. *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology*. 3<sup>rd</sup> ed. John Wiley & Sons ; New York : .

Klein, RG, Mannuzza S, Olazagasti MA. (2012). Clinical and Functional Outcome of Childhood ADHD 33 Years Later. *Arch Gen Psychiatry*, 69(12): 1295–1303. [Consulter](#)

McGough JJ, Smalley SL, Mccracken JT, *et al.* (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder : findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*. 162(9):1621-7.

Murphy KR, Barkley RA, Bush T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder : subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *J Nerv Ment Dis*. 190 :147–57 [2003].

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *CIM-10/ICD-10. 10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris, Masson.

Pardini DA, Fite PJ. (2010). Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys : advancing an evidence base for DSM-5. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(11):1134-44. [Consulter](#)

- 
- Sibley MH, Pelham WE, Brooke S.G. *et al.* (2011). The Delinquency Outcomes of Boys with ADHD with and without Comorbidity. *J Abnorm Child Psychol*. 39(1): 21–32.
- Satterfield J.H., Faller K.J., Crinella F.M., *et al.* (2007). A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems : adult criminality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(5):601-10.

- Stringaris A, Maughan B, Goodman R. (2010). What's in a disruptive disorder ? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder : findings from the Avon longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.49(5):474-83.
  - Tremblay RE. (2008). *Prévenir la violence dès la petite enfance*. Odile Jacob, Paris.
  - Wymbs BT, Wymbs FA, Dawson AE. (2014). Child ADHD and ODD Behavior Interacts with Parent ADHD Symptoms to Worsen Parenting and Interparental Communication. *J Abnorm Child Psychol*. .
-