

Paris, le 22 septembre 2005

Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent

Une expertise collective de l'Inserm

Oppositions, désobéissance et colères répétées, agressivité chez l'enfant, coups, blessures dégradations, fraudes et vols chez l'adolescent : ces différents comportements caractérisent le trouble des conduites. Considéré au plan clinique comme un facteur de risque de délinquance sur lequel on peut agir, ce trouble des conduites ne doit cependant pas être confondu avec la délinquance qui est un concept légal dont l'appréciation dépend des pratiques policières ou judiciaires en cours.

Le dépistage, la prévention et la prise en charge médicale du trouble des conduites restent insuffisants en France en regard de ses conséquences (risque de mort prématurée, troubles associés...) et du coût pour la société (instabilité professionnelle, délinquance, criminalité...).

Afin d'aider à mieux définir les actions nécessaires en santé publique et en recherche, la Canam (Caisse nationale d'assurance-maladie des professions indépendantes) a sollicité l'Inserm pour réaliser, selon la procédure d'expertise collective, un bilan des connaissances scientifiques et médicales sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent¹.

Quelle est la prévalence de ce trouble et la fréquence des troubles associés ? Quels sont les facteurs de risque périnataux ? Comment interagissent les susceptibilités génétiques, le tempérament, la personnalité avec l'environnement familial et social ? Comment dépister et prévenir précocement ce trouble et quelles sont les thérapies efficaces ?

Autant de questions auxquelles le groupe d'experts réuni par l'Inserm, et associant des compétences dans les domaines de la psychiatrie, psychologie, épidémiologie, sciences cognitives, génétique, neurobiologie et éthologie a tenté de répondre, grâce à une analyse critique approfondie des données nationales et internationales.

¹ Ce travail vient compléter l'expertise collective sur les troubles mentaux publiée en 2002 et réalisée à la demande de ce même organisme.

Mieux connaître le trouble des conduites et les troubles associés

Le trouble des conduites s'exprime par un comportement au cours duquel sont transgressées les règles sociales ; il se situe à l'intersection de la psychiatrie, du domaine social et de la justice.

Les classifications internationales caractérisent le trouble des conduites comme un trouble mental accompagné de différents symptômes.

▪ Symptômes du trouble des conduites

Les symptômes du trouble des conduites se classent en quatre catégories :

- Conduites agressives envers des personnes ou des animaux
- Destruction de biens matériels sans agression physique
- Fraudes ou vols
- Violations graves de règles établies

Source : DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .

Contrairement à l'idée reçue, le trouble des conduites ne se manifeste pas uniquement à l'adolescence mais également chez l'enfant, avec une forte stabilité du trouble dans le temps. Ainsi les 2/3 des enfants présentant un trouble des conduites répondent toujours aux critères diagnostics à l'adolescence.

Au cours du développement de l'enfant, ces symptômes s'expriment à la maison, à l'école ou à l'extérieur, de manière spécifique selon l'âge de l'enfant et de l'adolescent. Ils doivent être différenciés des conduites normales. Ainsi, les manifestations telles que les agressions physiques, les mensonges ou les vols d'objets, relativement fréquentes chez le petit enfant, ne deviennent « anormales » que si elles sont très fréquentes et perdurent au-delà de l'âge de 4 ans.

Le groupe d'experts recommande que les professionnels de santé puissent prendre connaissance des critères définissant le trouble des conduites à travers la formation initiale et la formation continue. Les intervenants dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les services de l'aide éducative (AEMO) et le personnel médical de l'Education nationale doivent être formés à la reconnaissance des symptômes du trouble des conduites.

Au cours de son évolution, le trouble des conduites peut s'exprimer par des actes de délinquance qui amènent l'enfant ou l'adolescent à être confronté au système judiciaire.

Le groupe d'experts recommande de favoriser les échanges entre les professionnels de santé, les juges pour enfants et les juges aux affaires familiales pour une meilleure information sur les caractéristiques du trouble des conduites.

▪ Troubles associés

L'une des pathologies psychiatriques les plus fréquemment associées au trouble des conduites est le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Certaines études épidémiologiques soulignent une continuité entre le TDAH de l'enfant et le trouble des conduites apparaissant à l'adolescence. Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), ensemble de comportements hostiles ou provocateurs, est également fréquemment associé au trouble des conduites. Il est parfois même considéré comme un précurseur.

D'autres troubles mentaux tels que les troubles dépressifs ou anxieux peuvent être associés au trouble des conduites. Un trouble dépressif pourrait intervenir dans la sévérité du trouble des conduites et augmenterait le passage à l'acte suicidaire. Inversement, on observe un effet modérateur des troubles anxieux sur la sévérité du trouble des conduites ainsi que sur le fonctionnement antisocial. Cet effet bénéfique semble toutefois disparaître dans les formes sévères du trouble des conduites, notamment celles retrouvées en population carcérale.

L'usage de substances psychoactives est très souvent associé au trouble des conduites. La précocité et la sévérité du trouble des conduites jouent un rôle déterminant dans l'initiation et le maintien des conduites d'abus. Inversement, l'initiation précoce aux substances psychoactives joue également un rôle significatif dans la sévérité du trouble des conduites.

▪ Prévalence

Selon les classifications utilisées pour établir les diagnostics psychiatriques, les études de prévalence distinguent généralement le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites proprement dit dont on peut isoler une forme agressive et une forme non agressive.

Prévalences du trouble oppositionnel avec provocation et du trouble des conduites

	Enfant (5-12 ans)			Adolescent (13-18 ans)		
	Filles (%)	Garçons (%)	Total (%)	Filles (%)	Garçons (%)	Total (%)
Trouble oppositionnel avec provocation	2-3	4-5	3-4	1-2	2-4	1-3
Trouble des conduites	0-3	1-2	2	2-5	5-9	3-9
- Forme agressive	-	-	<1	0	4	1-2
- Forme non agressive	-	-	1-2	-	-	4-6

D'après les études internationales, on estime la prévalence du trouble des conduites à 5-9 % chez les garçons de 15 ans en population générale. Chez les filles, la prévalence est plus faible et les formes agressives sont très rares.

Les études réalisées dans des populations ayant commis des actes de délinquance montrent chez les garçons des prévalences de 30 à 60% pour le trouble des conduites. Chez les filles, les études, moins nombreuses, indiquent des prévalences équivalentes à celles des garçons.

Compte tenu du problème de santé publique et du coût pour la société, connaître la prévalence en France est indispensable pour définir des politiques de prévention et de prise en charge cohérentes et efficaces.

Le groupe d'experts recommande de développer une étude épidémiologique auprès d'un échantillon représentatif des enfants et adolescents en France. Cette étude devrait permettre d'estimer la prévalence du trouble et de ses différents symptômes (conduites agressives, destructions de matériels, fraude, violations de règles) selon l'âge, le sexe et les troubles associés. Le groupe d'experts recommande de réaliser également des études ciblées sur des populations à haut risque (milieu carcéral, éducation spécialisée, zones urbaines sensibles...).

▪ Âge de survenue et sévérité du trouble

Il est maintenant reconnu que les comportements d'opposition et d'agressivité s'expriment normalement au cours de la petite enfance chez la plupart des enfants. Ces pratiques

prédominant jusqu'aux environs de la quatrième année puis tendent à se normaliser chez la très grande majorité des enfants.

Les sujets qui ont un trouble des conduites à début précoce (avant 10 ans) manifestent un niveau élevé d'agressivité physique durant toute leur l'enfance. Ce sont le plus souvent des garçons qui risquent de développer un trouble de la personnalité à l'âge adulte. Les sujets qui ont un trouble des conduites à début tardif (après 10 ans) n'ont généralement pas présenté ce niveau élevé d'agressivité physique au moment de l'enfance. Ils sont à faible risque de trouble de la personnalité à l'âge adulte.

Pourquoi certains enfants conservent-ils un comportement agressif et antisocial ? Le groupe d'experts recommande d'étudier en France une cohorte d'enfants de la période anté-natale à l'adolescence pour appréhender les effets des événements précoces, la transformation des symptômes au cours du développement, l'apparition des troubles associés et l'impact de ces troubles sur l'adaptation sociale.

Identifier les facteurs de risque

▪ Rôle de la période prénatale et périnatale

Différents événements au cours de la période prénatale puis périnatale ont été identifiés comme facteurs susceptibles d'augmenter le risque de survenue ultérieure d'un trouble des conduites. Toutefois, il semble probable que l'influence de ces événements précoces soit peu spécifique et que l'interaction avec d'autres facteurs de risque, tels que les facteurs génétiques, détermine le type de trouble.

Les facteurs empiriquement associés au trouble des conduites sont : antécédents familiaux de trouble des conduites, criminalité au sein de la famille, mère très jeune, consommation de substances psychoactives pendant la grossesse, faible poids de naissance, complications autour de la naissance...

Le groupe d'experts recommande un repérage des familles présentant ces facteurs de risque au cours de la surveillance médicale de la grossesse. Il préconise de promouvoir la rencontre au sein des maternités de différents professionnels concernés par la prévention pour aborder avec les parents les soins nécessaires à l'enfant.

▪ Facteurs génétiques

Dans le trouble des conduites comme dans toute pathologie multifactorielle, les facteurs génétiques augmentent un risque, modifient l'expression d'un trouble, et sont à appréhender dans une dynamique d'interactions avec les autres facteurs de risque. Les études épidémiologiques permettent d'évaluer la part de la susceptibilité génétique et la part environnementale spécifiques au trouble des conduites, au trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et au trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

Le premier indice révélant l'existence d'un facteur héréditaire dans la transmission d'un trouble chez l'enfant est l'augmentation du risque chez les apparentés d'un sujet atteint. Ainsi, le fait d'être apparenté à un enfant hyperactif augmente le risque de présenter un troubles des conduites et un TOP. Ceci suggère bien une base étiologique commune à ces trois troubles.

Les études qui permettent le mieux d'évaluer l'héritabilité du trouble des conduites, c'est-à-dire la part relative des facteurs génétique en cause, sont les études de jumeaux et les études d'adoption. L'héritabilité pour le trouble des conduites et le TOP est de l'ordre de 50 %, contre 75% pour le TDAH. Au sein des symptômes du trouble des conduites, les conduites d'agression physique sont les plus hérissables. La recherche des gènes de

vulnérabilité est encore balbutiante et les résultats des études sont très hétérogènes. Les études les plus concluantes mettent en évidence des associations spécifiques entre certains gènes de récepteurs dopaminergiques et le TDAH associé au trouble des conduites ou le TOP associé à l'abus de substance psychoactive.

Actuellement, se développent des études qui prennent en compte les interactions gènes-environnement (événements de vie par exemple) dans la génétique du trouble des conduites.

Le groupe d'experts recommande de poursuivre ces études pour comprendre comment les facteurs génétiques communs au trouble des conduites, au TDAH et au TOP interagissent avec des facteurs environnementaux spécifiques à chacun des troubles.

▪ **Tempérament et personnalité**

Des facteurs individuels comme le tempérament et la personnalité peuvent être impliqués dans l'apparition, le maintien et la sévérité du trouble des conduites. L'agressivité, l'indocilité, et le faible contrôle émotionnel pendant l'enfance ont été décrits comme prédictifs d'un trouble des conduites à l'adolescence, indépendamment du contexte familial et des pairs. L'impulsivité, qui freine la mise en place des processus de socialisation, se retrouve dans les formes sévères de trouble des conduites.

Un profil combinant une forte « recherche de nouveauté », une absence de fatigabilité ou de timidité et un faible niveau de maturité individuelle pourrait caractériser spécifiquement le trouble des conduites.

Des traits de caractère tels que la froideur affective, la tendance à la manipulation, le cynisme, l'agressivité sont mentionnés comme associés à la précocité des agressions, la persistance du trouble à l'adolescence et à une personnalité antisociale à l'âge adulte.

Une incompatibilité trop importante entre le tempérament de l'enfant (impulsivité, faibles capacités d'inhibition) et les exigences de son entourage se manifestant par un style éducatif inadapté (permissif, coercitif...) pourrait contribuer au développement d'un trouble des conduites.

Le groupe d'experts recommande d'étudier l'influence de l'attitude parentale face au tempérament de l'enfant, dans l'apparition du trouble des conduites, de même que le rôle, en amont, de l'attachement précoce aux deux parents.

▪ **Facteurs environnementaux**

Différents facteurs en lien avec la famille ou l'environnement psychosocial sont associés au risque de trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent.

Plusieurs études ont rapporté un lien entre la présence d'un trouble des conduites chez l'enfant et l'existence d'une personnalité antisociale chez les parents. 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 trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

Un certain nombre d'études rapportent également l'influence d'autres troubles mentaux chez les parents, qu'il s'agisse des troubles du comportement du père, de la mère ou du couple, de la dépression maternelle post-partum, ou de toxicomanies.

De nombreux auteurs s'accordent à dire que les comportements agressifs et violents rencontrés dans les milieux précaires dépendent de la coexistence de plusieurs facteurs de risque. La fréquentation de pairs délinquants multiplie par deux le risque de persistance de comportements agressifs et délinquants à l'adolescence. Les enfants entretiennent entre eux un renforcement de leurs comportements antisociaux, parfois en réponse au rejet de leurs

pairs. L'absentéisme, les incivilités à l'école et les situations d'échec scolaire ont été reliés au trouble des conduites.

Le groupe d'experts recommande d'informer les enseignants sur les différentes expressions comportementales du trouble des conduites et de les sensibiliser à une collaboration avec les professionnels de santé pour une intervention plus précoce auprès des enfants et adolescents.

De très nombreux travaux de recherche ont démontré un lien significatif entre l'exposition à la violence véhiculée par les médias et les comportements d'agression des jeunes. Les études récentes confirment que l'exposition à la violence télévisuelle à l'âge de 8 ans est hautement prédictive de comportements agressifs à long terme. Cette relation est maintenue indépendamment du quotient intellectuel et du statut socioéconomique des sujets.

Le groupe d'experts souligne l'intérêt d'informer les familles sur les effets potentiellement néfastes des spectacles télévisés ou des jeux vidéo véhiculant un contenu violent, et ceci plus particulièrement chez les enfants exprimant déjà des comportements violents ou une attirance pour ce type de divertissement.

- **Déficits neurocognitifs**

Deux types de déficit neurocognitif semblent impliqués dans le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : le déficit des habiletés verbales et le déficit des fonctions exécutives.

Les enfants et adolescents présentant un trouble des conduites se caractérisent par un faible niveau verbal en regard de leurs autres compétences. Ce déficit représente l'un des facteurs de risque les plus importants des conduites délinquantes à l'âge adulte. En effet, un mauvais développement du langage entrave la mise en œuvre d'une bonne sociabilité, gêne la qualité de la communication et favorise l'expression de réactions défensives de l'enfant. Par ailleurs, associé à un faible niveau de réussite scolaire (difficulté en lecture et troubles des apprentissages), il majore les réactions négatives de l'enfant.

Le déficit des fonctions exécutives se traduit par une difficulté à réaliser des tâches dirigées vers un but et incluant le contrôle de l'attention, la capacité à sélectionner et à élaborer un plan d'action. Il est signalé chez les enfants présentant un trouble des conduites associé à des comportements violents.

Le groupe d'experts recommande de rechercher les correspondances entre les déficits cognitifs et les différents symptômes du trouble des conduites, en fonction de l'âge et du sexe de l'enfant.

Prévenir, dépister et traiter le trouble des conduites

- **Programmes de prévention**

Il existe peu de programmes de prévention portant spécifiquement sur le trouble des conduites. La plupart vise la prévention de la délinquance, des comportements agressifs ou de la violence en général. Une vingtaine de programmes développés dans les pays anglo-saxons ont montré leur efficacité en terme de baisse de la violence. Le programme peut s'intéresser à la petite enfance, l'enfance ou l'adolescence en ciblant les parents, les enfants, les enseignants et en intégrant différentes méthodes. Il peut s'adresser à l'ensemble de la population ou à un sous-groupe sans facteur de risque identifié, à un groupe présentant des facteurs de risque familiaux sociaux ou environnementaux ou encore à des personnes présentant les premiers symptômes du trouble des conduites.

Méthodes de prévention validées du trouble des conduites durant l'enfance et l'adolescence

Cibles	Méthodes de prévention
Jeunes	Développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles
Parents	Formation parentale : discipline positive, gestion de la colère de l'enfant, communication...
Enseignants	Formation : enseignement coopératif, résolution de problèmes, association comportement/récompense...
Environnement	Amélioration de l'environnement scolaire

Il existe probablement en France des interventions isolées et ponctuelles s'inscrivant dans le champ de la prévention des comportements violents mais celles-ci ne sont pas répertoriées et évaluées.

Le groupe d'experts recommande de recenser les expériences de prévention des comportements agressifs, antisociaux et de délinquance développés en France et de les compléter par des méthodes de prévention ayant été validées au niveau international. À la suite d'expériences pilotes concluantes, les experts préconisent de généraliser les interventions au sein des structures éducatives existantes (PMI, crèches, écoles...) en formant le personnel éducatif à ces méthodes de prévention (puéricultrices, éducateurs, enseignants...).

▪ Prévention ciblée sur la petite enfance

Pendant les premières années, la majorité des enfants apprend à développer des comportements alternatifs à l'agressivité qui est une caractéristique normale de la petite enfance. Certains enfants conservent toutefois des comportements violents, en relation avec des facteurs de risque (individuels, familiaux, environnementaux...). Les données les plus récentes indiquent que ces comportements caractérisant le trouble des conduites s'installent très tôt au cours du développement de l'enfant.

Des méthodes d'intervention ciblant la petite enfance (0-3 ans) préconisent des visites à domicile afin de soutenir les parents dans l'apprentissage des soins à donner aux enfants. Ces interventions qui favorisent le développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles des enfants ont fait la preuve, dans plusieurs pays, de leur efficacité dans la prévention de la violence et du trouble des conduites. Les programmes qui commencent pendant la grossesse et qui se poursuivent jusqu'à la troisième année de l'enfant semblent les plus efficaces.

Le groupe d'experts recommande de favoriser les interventions dans les familles à risque, en particulier chez les jeunes mères primipares à faible niveau d'éducation et en situation de précarité. Alors que la France dispose d'un réseau bien structuré de services aux jeunes enfants et à leur famille (services de PMI, crèches, écoles maternelles...), peu de programmes de ce type sont mis en œuvre aujourd'hui. Ces structures pourraient être des lieux appropriés pour ces programmes.

▪ Dépistage précoce

Les examens de santé en France se déroulent depuis la grossesse jusqu'à l'adolescence avec des bilans systématiques pour l'enfant (8^e jour, 9 mois, 24 mois, 5-6 ans).

Le groupe d'experts recommande d'utiliser le dispositif actuel des bilans de santé et des examens systématiques de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence pour dépister les signes précurseurs de trouble des conduites et identifier les facteurs de risques familiaux ou environnementaux très précocement, voire dès la grossesse. Quelques items proposés dans le carnet de santé, adaptés à l'âge pourraient faciliter le

repérage d'un tempérament difficile, d'une hyperactivité et des premiers symptômes de trouble des conduites. Une sensibilisation des puéricultrices, des éducateurs au sens large et des médecins scolaires permettrait d'orienter les enfants vers une intervention adaptée en fonction des trajectoires perturbées de développement. **Pour les enfants nés dans des familles présentant des troubles (troubles de la personnalité, toxicomanie, alcoolodépendance...) le groupe d'experts recommande de mettre en place un suivi par les services de PMI ou le personnel médical de l'école.**

Les adolescents présentant des symptômes de trouble des conduites doivent bénéficier d'un diagnostic et d'une recherche de troubles associés. **Un suivi psychologique et psychiatrique doit être proposé aux adolescents incarcérés et tout particulièrement à ceux ayant effectué une tentative de suicide.**

▪ **Diagnostic clinique approfondi**

Le diagnostic de trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent nécessite une évaluation à partir de plusieurs sources d'information (enfants, parents, enseignants...), prenant en compte l'histoire et le mode de fonctionnement familial. Le trouble doit être évalué cliniquement du point de vue de sa sévérité et du retentissement du handicap sur le fonctionnement personnel (physique et psychologique) ainsi que social et scolaire.

Il est nécessaire également d'évaluer les troubles associés : ceux qui sont proches (trouble oppositionnel avec provocation, trouble déficit de l'attention/hyperactivité...) ou d'autres troubles mentaux (trouble bipolaire, troubles dépressifs, troubles anxieux, abus et dépendance aux substances psychoactives).

Le groupe d'experts recommande d'effectuer, chez les enfants et adolescents présentant des symptômes de trouble des conduites, un diagnostic clinique rigoureux, à l'aide de plusieurs outils de diagnostic et d'évaluation validés, et en faisant appel comme informateurs à la fois aux parents, à l'enfant lui-même et aux différents éducateurs.

Les experts préconisent des évaluations régulières réalisées de préférence par une équipe pluridisciplinaire, étant donné la variabilité des manifestations comportementales au cours du développement. Le diagnostic doit guider les indications pour les stratégies préventives ou de traitement, en fonction des symptômes identifiés.

▪ **Prise en charge psychothérapique**

La prise en charge du trouble des conduites doit, dans la mesure du possible, associer des modalités multiples – car complémentaires – de traitement. Les modalités de prise en charge dites « psychosociales » intègrent des interventions à la fois parentales, concernant l'enfant lui-même et parfois les enseignants. L'objectif de cette prise en charge est multiple : développer un système de soutien pour l'ensemble de la famille, limiter les contacts de l'enfant présentant un trouble des conduites avec des pairs « antisociaux », augmenter le soutien scolaire et les interactions avec les enseignants. Appliquée à l'enfant ou l'adolescent, la thérapie consiste à lui apprendre des stratégies de résolution de problèmes grâce à des jeux de rôles et des mises en situation.

Le groupe d'experts recommande de mettre en œuvre et d'adapter au contexte français les approches psychosociales en comparant les effets de différents types de thérapie.

▪ **Traitement pharmacologique**

Le traitement pharmacologique du trouble des conduites intervient souvent en seconde intention, sauf situation d'urgence (violence, agressivité...).

Il n'existe pas de traitement pharmacologique spécifique, *a fortiori* curatif du trouble des conduites. Des traitements peuvent néanmoins être proposés, qui ont pour l'essentiel une action anti-agressive. Globalement, trois grandes classes thérapeutiques ont été évaluées : les antipsychotiques, les psychostimulants et les thymorégulateurs. Les antipsychotiques ont l'avantage d'agir rapidement ; les psychostimulants assurent un meilleur contrôle comportemental en diminuant l'impulsivité ; les thymorégulateurs sont particulièrement indiqués lors d'une association à un trouble bipolaire.

Le groupe d'experts recommande de développer de nouveaux essais cliniques avec des associations de médicaments et de nouvelles molécules.

Les travaux chez l'animal et chez l'homme mettent en évidence que différents neuromédiateurs (sérotonine, dopamine, GABA, neuropeptides...) sont impliqués dans l'impulsivité, l'agressivité et le passage à l'acte violent. Les recherches en neurobiologie, avec l'apport des modèles animaux, permettront de mieux comprendre l'implication de ces différents systèmes neurobiologiques et d'identifier des molécules susceptibles de réduire les comportements agressifs et impulsifs grâce à leur action sur les neuromédiateurs.

Qu'est-ce que l'Expertise Collective Inserm?

L'Expertise Collective Inserm a pour objet de faire le point, dans un domaine précis, sur l'ensemble des connaissances scientifiques et médicales à partir de l'analyse de toute la littérature scientifique internationale.

Pour répondre à la question posée, l'Inserm réunit un groupe pluridisciplinaire d'experts reconnus composé de scientifiques et de médecins. Ces experts rassemblent, analysent les publications scientifiques (plus de 1 000 articles et rapports scientifiques et médicaux pour cette expertise collective) et en font une synthèse.

Des «lignes forces» sont dégagées et des recommandations élaborées afin d'aider le commanditaire de l'expertise dans sa prise de décision.

Qui a réalisé cette expertise ?

Groupe d'experts et auteurs

Charles COHEN-SALMON, Vulnérabilité, adaptation et psychopathologie, CNRS UMR 7593, Centre hospitalier universitaire Pitié Salpêtrière, Paris

Sylvana COTE, École de psychoéducation, Université de Montréal, Canada

Pierre FOURNERET, Institut des Sciences Cognitives, UMR5015, CNRS, UCBL1, Bron

Isabelle GASQUET, Troubles du comportement alimentaire des adolescents, Inserm U669 et Direction de la Politique Médicale, AP-HP, Paris

Antoine GUEDENEY, Pédopsychiatrie, Centre hospitalier universitaire Bichat-Claude Bernard, AP-HP Paris VII, Paris

Michel HAMON, Neuropsychopharmacologie, Inserm U677, Centre hospitalier universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris

Béatrice LAMBOY, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis

Marie-France LE HEUZEY, Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert Debré, Paris

Grégory MICHEL, Département de psychologie, Université François Rabelais, Tours et Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert Debré, Paris

Jean-Philippe RENERIC, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Richard E TREMBLAY, Chaire de recherche du Canada sur le développement de l'enfant, Université de Montréal, Canada, et Faculté des sciences sociales, Université d'Utrecht, Pays-Bas

Mathias WOHL, Analyse phénotypique, développementale et génétique des comportements addictifs, Inserm U675 et Hôpital Louis Mourier, AP-HP Paris VII, Colombes

Ont été auditionnés

Catherine BLATIER, Psychologie clinique et pathologique, Université de Grenoble

Michel BORN, Psychologie de la délinquance et du développement psychosocial, Université de Liège, Belgique

Marie CHOQUET, Troubles du comportement alimentaire des adolescents, Inserm U669, Maison des Adolescents, Hôpital Cochin, Paris

Jacques FORTIN, Service d'épidémiologie et de santé publique, Hôpital Calmette, Lille

Laurent MUCCHIELLI, UMR 2190, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales, Guyancourt

Nadine NEULAT-BILLARD, Direction de l'enseignement scolaire, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Paris

Bernard RIBIOLET, Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Saint-Denis La Plaine

Coordination scientifique

Centre d'expertise collective Inserm, Paris, sous la responsabilité de Jeanne ETIEMBLE

▪ Contact presse Inserm

Anne Mignot

Tél : 01 44 23 60 73

Fax : 01 45 70 76 81

Mél : presse@tolbiac.inserm.fr

Cette expertise collective est publiée sous le titre :

« **Troubles des conduites, chez l'enfant et l'adolescent** »

Editions Inserm 2005, 430 pages, 48 euros

▪ Contact Editions

Brigitte Durrande

Editions Inserm

101, rue de Tolbiac

75654 Paris cedex 13

Tél : 01 44 23 60 78/82

Fax : 01 44 23 60 69

E-mail : durrande@tolbiac.inserm.fr