

# Définition du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et recension des écrits sur les facteurs de risque associés et sur les interventions



## Recension des écrits sur les facteurs de risque associés au trouble oppositionnel n avec provocation (TOP)

Définition	
<p><b>A.</b> Un <i>pattern</i> de colère/humeurs irritables, de comportements argumentatifs/provocateurs, ou de caractère vindicatif pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présents au moins quatre symptômes parmi les catégories suivantes, et qui se manifeste pendant les interactions avec au moins un individu qui ne fait pas partie de la fratrie.</p>	
<p><b>Humeur irritable</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se met souvent en colère</li> <li>2. Est souvent susceptible ou facilement agacé</li> <li>3. Est souvent fâché et plein de ressentiment</li> </ol>	
<p><b>Comportements argumentatifs/défiants</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Argumente souvent avec les figures d'autorité ou, pour les enfants et les adolescents, avec les adultes.</li> <li>5. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes des figures d'autorité ou aux règles.</li> <li>6. Embête les autres délibérément.</li> <li>7. Fait souvent porter sur autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite</li> </ol>	
<p><b>Caractère vindicatif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. A été souvent méchant ou vindicatif au moins deux fois pendant les derniers 6 mois.</li> </ol> <p>*La persistance, la fréquence et l'intensité de ces comportements doivent être utilisées pour distinguer un comportement qui est dans les limites du normal et un comportement qui est symptomatique du TOP.</p>	
<p><b>B.</b> La perturbation des comportements est associée à une détresse chez l'individu ou chez d'autres personnes de son environnement social immédiat (p. ex., famille, groupe de pairs, collègue de travail), ou a des impacts négatifs sur son fonctionnement social, académique, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</p>	
<p>Les comportements ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique, de l'abus d'une substance, d'un trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire. De plus, il ne rencontre pas les critères du <i>Trouble perturbateur du dérèglement de l'humeur</i> («<i>disruptive mood dysregulation disorder</i>»).</p> <p>(APA, 2013)</p>	

Prévalence et principaux constats sur le trouble	
Prévalence du TOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prévalence des problèmes d'opposition serait d'environ 3% (échantillon de 17 220 enfants de 9-12 ans) (Kerekes et coll., 2014).</li> <li>- La prévalence moyenne du TOP serait de 3,3% et elle varierait de 1,0% à 11,0% (Canino, Polanczyk, Bauermeister, Rohde et Frick, 2010).</li> <li>- La prévalence du TOP chez les enfants varierait de 2,1% à 4,8% (Loeber, Burke, Lahey, Winters et Zera, 2000).</li> <li>- La prévalence du TOP serait de 1 à 6%. Ce trouble est également l'un des plus fréquents chez l'enfant et l'adolescent (Gheorghiev, Consoli, Marty et Cohen, 2010).</li> </ul>
	<p><b>Étude avec une population d'enfants non référés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence gars/filles de 1,59 :1 (Demmer, Hooley, Sheen, McGillivray et Lum, 2017)</li> </ul>

<p>Prévalence plus élevée chez les garçons</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prévalence du TOP serait généralement <b>plus élevée chez les garçons</b> que chez les filles (Canino, Polanczyk, Bauermeister, Rohde et Frick, 2010).</li> <li>- La prévalence du TOP serait de 1,4% pour les filles et de 3,2% pour les garçons (Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004).</li> <li>- Le TOP serait significativement plus commun chez les garçons que chez les filles (Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004).</li> <li>- Les symptômes d'irritabilité (pertes de patience, attitude frustrée et irritée, susceptibilité, facilité à être dérangé par les autres) et d'entêtement (argumenter, provoquer, refuser de suivre les règles, agacer les autres, blâmer les autres) seraient plus communs chez les garçons que chez les filles (Stringaris et Goodman, 2009).</li> <li>- Les garçons seraient plus à risque que les filles de développer l'un des trois types de trouble de comportements perturbateurs, dont le TOP (Petitclerc et Tremblay, 2009).</li> <li>- La prévalence des problèmes d'opposition serait plus élevée pour les garçons que pour les filles (3,5% pour les garçons comparativement à 2,1% pour les filles) (Kerekes et coll., 2014).</li> </ul>
<p>Diagnostic et apparition des symptômes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le TOP serait plus souvent diagnostiqué pendant la <b>période scolaire</b> (Hamilton et Armando, 2008).</li> <li>- Il apparaît que les enfants qui présentent un TOP à l'âge de 6-11 ans seraient plus susceptibles de manifester des symptômes depuis la <b>période préscolaire</b> qu'à un âge plus tardif (Lavigne, Cicchetti, Gibbons, Binns, Larsen, Devito, 2001).</li> </ul>
<p>Évolution du trouble</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les symptômes du TOP tendraient à diminuer avec l'âge (Lahey et coll., 2000, dans Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004).</li> <li>- Environ 67% des enfants présentant un TOP n'aurait plus ce diagnostic trois ans plus tard (Steiner et Remsing, 2007).</li> </ul>

## Facteurs individuels associés au trouble d'opposition avec provocation (TOP)

Vulnérabilités neurobiologiques	
<p>Trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <b>trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité</b> (TDA/H) serait un facteur de risque connu du TOP et ces deux troubles seraient souvent en comorbidité (Hamilton et Armando, 2008).</li> <li>- La présence de symptômes du <b>TDAH</b> est une caractéristique liée aux enfants ayant un TOP (Lapalme et Déry, 2008).</li> <li>- Parmi les enfants âgés de 7 ans présentant un <b>TDAH</b>, 68% rencontreraient également les critères du TOP (Kadesjö, Hägglöf, Kadesjö et Gillberg, 2003).</li> <li>- Il y aurait une forte comorbidité entre le <b>TOP et le TDAH</b> (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> <li>- Comparés aux enfants sans comportements d'opposition, ceux présentant un TOP (tant en présence des symptômes de colère et d'irritabilité qu'en présence de symptômes d'opposition) seraient plus susceptibles de présenter un <b>TDAH</b> (surtout en ce qui a trait aux symptômes d'impulsivité et d'hyperactivité, mais aussi pour les symptômes d'inattention) (Gadow et Drabick, 2012).</li> <li>- Les enfants qui présentent un TOP seraient significativement plus susceptibles de présenter un <b>TDAH</b> en comorbidité (Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004).</li> <li>- La présence de symptômes du <b>TDAH</b> prédirait la présence de symptômes du TOP (Wiesner, Elliott, McLaughlin, Banspach, Tortorelo, Schuster, 2015).</li> <li>- La présence de symptômes du <b>TDAH</b> serait significativement associée à la présence de symptômes du TOP (Rydell, 2010).</li> <li>- La présence d'un <b>TDAH</b> serait fortement corrélée à la présence du TOP chez l'enfant (Dirks, Boyle et Georgiades, 2011).</li> <li>- Le <b>TDAH</b> serait reconnu comme un facteur aggravant du TOP (Loeber, Green, Lahey, Frick et McBurnett, 2000).</li> <li>- La présence de <b>problèmes de concentration et d'attention</b> chez l'enfant augmente le risque qu'il présente un TOP (Kerekes, et coll, 2014).</li> <li>- La présence de <b>difficultés d'attention</b> serait associée au TOP (Matthys, Vanderschuren, Schutter et Lochman, 2012).</li> <li>- En comparaison aux enfants sans diagnostics, les garçons et les filles qui présentent un TOP seraient plus susceptibles de présenter aussi des symptômes d'<b>hyperactivité</b> (Munkvold et Lundervold, 2011).</li> <li>- Le TOP serait souvent en comorbidité avec le <b>TDAH</b> (environ 65% des enfants ayant un TDAH présenteraient aussi un TOP, et plus de 80% des enfants ayant un TOP aurait un TDAH) (Greene, Ablon et Goring, 2003).</li> <li>- La comorbidité entre le TOP et le <b>TDAH</b> est estimée à 33% (Séguin et Pilon, 2013).</li> <li>- Le TOP est fréquemment en comorbidité avec le TDAH (Loeber, Burke et Pardini, 2009).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environ 40% des enfants ayant un <b>TDAH</b> présenteraient également un TOP (Hamilton et Armando, 2008).</li> <li>- On observe une forte association entre le <b>TDAH</b> et le TOP (Stringaris et Goodman, 2009).</li> <li>- Le <b>TDAH</b> serait un facteur de risque du TOP (Steiner et Remsing, 2007).</li> <li>- Le TOP est souvent en cooccurrence avec un <b>TDAH</b> (Drabick et Gadow 2012).</li> <li>- La présence du symptôme du TOP de l'entêtement serait un fort prédicteur de la présence d'<b>hyperactivité</b> (Stringaris et Goodman, 2009).</li> </ul>
Déficits neurobiologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le TOP serait associé à <b>des déficits structurels et à une altération du fonctionnement du système paralimbique</b> comprenant le cortex orbitofrontal, les lobes temporaux supérieurs et le cortex cingulaire (Matthys, Vanderschuren, Schutter et Lochman, 2012).</li> <li>- La dysrégulation de la transmission monoaminergique, la baisse du cortisol et un taux élevé de testostérone seraient des facteurs de risque biologiques du TOP (Gheorghiev, Consoli, Marty et Cohen, 2010).</li> <li>- Le TOP serait lié à des perturbations dans les systèmes de neurotransmission sérotoninergique et dopaminergique (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> <li>- <b>Facteur aggravant</b> des conduites agressives des garçons avec un TOP = niveau de cortisol (<b>faible réactivité du cortisol</b>) → ceux qui réagissent moins au stress ou qui récupèrent moins bien du stress, donc qui ont une <b>moins bonne régulation du stress</b>, ont une persistance dans leurs comportements d'agressivité (Schoorl, van Rijn, Wied, van Goozen et Swaab, 2017)</li> <li>- Anomalies au niveau du cerveau chez les personnes ayant un TOP/TC : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anomalies présentent pour personnes ayant TOP/TC dans le traitement des émotions, la sensibilité au renforcement, déficit d'empathie et anomalies de la maîtrise de soi (Noordermeer, Luman et Oosterlaan, 2016).</li> <li>- TOP/TC associés à des anomalies spécifiques liées à l'inhibition (Noordermeer, Luman et Oosterlaan, 2016).</li> </ul> </li> </ul>
Faible flexibilité cognitive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <b>faible flexibilité cognitive</b> serait associée au TOP (Matthys, Vanderschuren, Schutter et Lochman, 2012).</li> <li>- La présence de <b>problèmes de flexibilité</b> chez l'enfant (p. ex., résistance aux changements) augmente le risque qu'il présente un TOP (Kerekes, et coll., 2014).</li> </ul>
Difficultés langagières	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le TOP serait associé à la présence de <b>difficultés langagières</b> chez l'enfant, notamment lorsque les capacités à communiquer ses émotions et ses besoins sont limitées (Greene, Ablon et Goring, 2003).</li> <li>- La présence de <b>problèmes de langage</b> chez l'enfant augmente le risque qu'il présente un TOP (Kerekes, et coll., 2014).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le fait d'avoir déjà présenté des <b>problèmes de langage</b> ou d'en présenter actuellement serait associé à la présence du TOP chez l'enfant (Drabick et Gadow, 2012).</li> <li>- Comparés aux enfants sans comportements d'opposition, ceux présentant un TOP (tant en présence des symptômes de colère et d'irritabilité qu'en présence de symptômes d'opposition) seraient plus susceptibles d'avoir vécu et de vivre actuellement des <b>difficultés langagières</b> (p. ex., un bégaiement, un retard de langage, être difficile à comprendre, de l'écholalie, des inversions de pronoms) (Gadow et Drabick, 2012).</li> <li>- Le <b>trouble du langage</b> serait un précurseur significatif des comportements d'opposition et de provocation, de même que du TOP. Il y aurait également souvent comorbidité entre ces deux troubles (Connor 2002, dans Steiner et Remsing, 2007).</li> </ul>
Trouble d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les <b>troubles d'apprentissage</b> seraient des précurseurs significatifs des comportements d'opposition et de provocation, de même que du TOP. Ces troubles seraient aussi souvent en comorbidité (Connor 2002, dans Steiner et Remsing, 2007).</li> </ul>
Faibles performances académiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <b>faible performance académique</b> de l'enfant serait associée à la présence du TOP chez l'enfant (Dirks, Boyle et Georgiades, 2011).</li> <li>- Une <b>faible performance académique</b> serait associée au TOP chez l'enfant. Toutefois, ces difficultés scolaires seraient davantage associées au TOP chez les 12-18 ans que chez les 6-11 (Drabick et Gadow, 2012)</li> <li>- La présence d'un TOP incluant des symptômes de colère et d'irritabilité serait associée au <b>faible fonctionnement de l'enfant en classe</b> (variable mesurée avec la performance aux tests, aux devoirs, aux comportements en classe et à la participation de l'élève) (Gadow et Drabick, 2012).</li> </ul>

Vulnérabilités tempéramentales	
Tempérament difficile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le fait d'être un enfant avec un <b>tempérament bouillant</b> (<i>hot temper</i>) manifesté dans le milieu scolaire serait un prédicteur du TOP (Emond, Ormel, Veenstram et Oldehinkel, 2007).</li> <li>- Le fait d'être un <b>nourrisson difficile</b> (p. ex., difficultés de sommeil, problèmes d'alimentation, pleurs excessifs, difficultés à être réconforté), de même que d'être un <b>jeune enfant difficile</b> (p. ex., agressivité) serait associé à la présence du TOP chez l'enfant d'âge scolaire (Drabick et Gadow, 2012).</li> <li>- Comparés aux enfants sans comportements d'opposition, ceux présentant TOP (tant en présence des <b>symptômes de colère et d'irritabilité</b> qu'en présence de symptômes d'opposition) serait plus susceptibles d'avoir été un <b>nourrisson difficile</b> (p. ex., difficultés de sommeil, problèmes d'alimentation, pleurs excessifs, difficultés à être réconforté), de même que d'avoir été un <b>enfant difficile</b> à l'âge préscolaire (p. ex., agressivité envers les pairs, cauchemars, crises de colère, problèmes de sommeil et problèmes d'alimentation) (Gadow et Drabick, 2012).</li> </ul>
Irritabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il y aurait une forte corrélation entre l'<b>irritabilité</b> et les comportements liés au TOP (Burker, Rowe et Boylan, 2014).</li> </ul>

Dimensions du tempérament	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Selon les composantes du <i>Temperament and Character Inventory</i> de Cloninger version enfant :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfants avec un TOP = <b>plus de recherche de la nouveauté</b> ce qui inclut une notion d'impulsivité</li> <li>- <b>Haut niveau de persistance</b> = les enfants sont plus résistants à l'extinction des comportements problématiques</li> <li>- <b>Plus d'évitement de la punition</b> = émotivité négative, instabilité émotionnelle, irritabilité et tendance à présenter facilement des sentiments non amicaux envers les autres (Melegari, Nanni, Lucidi, Russo, Donfrancesco et Cloninger, 2015)</li> </ul> </li> </ul>
---------------------------	--

Vulnérabilités psychologiques	
Antécédents TOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La plupart des enfants présentant un TOP auraient aussi présenté <b>des comportements d'opposition à l'âge préscolaire</b> (Hamilton et Armando, 2008).</li> <li>- Le risque qu'un enfant présente un <b>TOP</b> avec ou sans comorbidité serait beaucoup plus élevé si le trouble était présent à <b>l'âge préscolaire</b>. Par ailleurs, le risque serait de deux à trois fois plus élevé à chaque vague d'âges subséquente (c.-à-d., 2-5 ans, 3-8 ans, 4-9 ans, 5-11 ans et 6-12 ans) (Lavigne, Cicchetti, Gibbons, Binns, Larsen, Devito, 2001).</li> <li>- La présence de symptômes du <b>TOP</b> entre 5 et 8 ans serait fortement associée à la présence de symptômes de ce même trouble entre 7 et 10 ans (Burnette, 2013).</li> </ul>
Désobéissance et recherche de dominance	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Plusieurs difficultés comportementales manifestées par les enfants dans leur milieu préscolaire, à savoir la <b>désobéissance</b> et la <b>recherche de dominance</b> (<i>bossiness</i>), seraient des prédicteurs du TOP à la préadolescence (Emond, Ormel, Veenstram et Oldehinkel, 2007).</li> </ul>
Faible régulation émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Affect négatif</b> et <b>faible autorégulation/contrôle volontaire</b> sont associés à davantage de symptômes du TOP (Antúnez, de la Osa, Granero et Ezpeleta, 2016)</li> <li>-Le <b>haut niveau d'affect négatif</b> et la <b>faible autorégulation</b> influencent le <b>développement du TOP</b> chez les enfants d'âge préscolaire (Antúnez, de la Osa, Granero et Ezpeleta, 2016).</li> <li>-Haut niveau affect négatif et <b>faible autorégulation</b> associés au risque de développer un TOP (Martel, Gremillion et Roberts, 2012).</li> <li>- Un enfant ayant des <b>difficultés à réguler son excitation</b> (<i>regulate arousal</i>) pourrait réagir avec grande émotivité (crier, pleurer, jurer) lorsqu'une demande d'obéissance lui serait faite plutôt que de réagir de manière appropriée (Greene, Ablon et Goring, 2003).</li> <li>- Les problèmes d'opposition d'un enfant seraient associés à des difficultés sur le plan de <b>la modulation affective et de l'autorégulation</b>, ce qui diminuerait sa capacité à rester en contrôle lorsqu'il est provoqué et obliger à se conformer à des règles qui interfèrent avec ce qu'il veut (Emond, Ormel, Veenstram et Oldehinkel, 2007).</li> </ul>

	<p>Les enfants présentant des troubles extériorisés exprimeraient davantage de colère, seraient plus impulsifs et auraient plus de difficultés à moduler leurs réactions émotionnelles que les enfants ayant des troubles intériorisés ou n'ayant aucun problème (Zeman et al., 2006)</p>
Difficultés de sommeil	<p>- Association bidirectionnelle entre les <b>troubles du sommeil</b> et le TOP → Avoir des difficultés à réguler ses émotions négatives, être irritable, être intense et facilement en colère est lié à plus de difficultés de sommeil (Shanahan, Copeland, Angold, Bondy et Costello, 2014)</p>
Anxiété et dépression (comorbidité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence d'<b>anxiété</b> et de <b>dépression</b> chez l'enfant serait modérément corrélée à la présence du TOP chez celui-ci (Dirks, Boyle et Georgiades, 2011).</li> <li>- Le TOP serait souvent observé en comorbidité avec des <b>troubles de l'humeur et d'anxiété</b> (Greene, Ablon et Goring, 2003).</li> <li>- Il apparaît que certains enfants <b>d'humeur dépressive</b> exprimeraient leur désespoir en le projetant avec et par l'opposition (de Becker, 2010).</li> <li>- Comparés aux enfants sans comportements d'opposition, ceux présentant un TOP (tant en présence des symptômes de colère et d'irritabilité qu'en présence de symptômes d'opposition) seraient plus susceptibles de présenter des problèmes <b>d'anxiété</b> (trouble d'anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, trouble d'anxiété sociale, anxiété de séparation) et des symptômes <b>dépressifs</b> et maniaque (Gadow et Drabick, 2012).</li> <li>- Les enfants qui présentent un TOP seraient significativement plus susceptibles de présenter un <b>trouble dépressif ou d'anxiété</b> en comorbidité (Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004).</li> <li>- La présence de symptômes d'opposition chez l'enfant serait associée à la présence de <b>symptômes dépressifs</b> (Boylan, Vaillancourt et Szatmari, 2012).</li> <li>- Les symptômes de colère et d'irritabilité du TOP chez les enfants seraient associés à une plus grande sévérité des symptômes du <b>trouble d'anxiété généralisé, du trouble de dépression majeure et du trouble bipolaire</b>. Les enfants présentant un TOP en présence des symptômes de colère et d'irritabilité auraient également des symptômes plus sévères du <b>trouble d'anxiété sociale</b> que les enfants ayant les symptômes d'opposition seulement (Drabick et Gadow, 2012).</li> <li>- Les enfants qui présentent très TOP auraient tendance à également présenter des symptômes intériorisés comme des <b>troubles dépressif ou anxieux</b> pendant l'enfance (Séguin et Pilon, 2013).</li> <li>- On observerait une forte association entre le TOP, la <b>dépression majeure et les troubles d'anxiété</b> (Stringaris et Goodman, 2009).</li> <li>- Le TOP chez les enfants serait souvent observé en comorbidité avec les troubles de <b>l'humeur ou d'anxiété</b> (Steiner et Rensing, 2007)</li> </ul>
Attachement insécure	<p>- Le fait d'avoir un style <b>d'attachement insécure</b> jouerait un rôle dans le développement du TOP chez l'enfant (Gheorghiev, Consoli, Marty et Cohen, 2010).</p>

<p>Faible sensibilité aux rétroactions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une <b>faible sensibilité</b> aux punitions, aux indices aversifs et aux récompenses, jouerait un rôle dans le développement des symptômes d'opposition. Ceci pourrait entraîner des difficultés dans l'apprentissage des comportements appropriés (Matthys, Vanderschuren, Schutter et Lochman, 2012).</li> <li>- Les enfants présentant un TOP seraient moins susceptibles <b>d'apprendre de leurs erreurs</b> (Matthys, Vanderschuren, Schutter et Lochman, 2012).</li> <li>- Une <b>faible sensibilité à la punition, une faible sensibilité à la récompense</b> sont liés au développement du TOP chez les enfants (Matthys, Vanderschuren et Schutter, 2013)</li> </ul>
<p>Lacunes dans le traitement de l'information sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le TOP à la préadolescence serait associé à une faible <b>compréhension sociale</b> au préscolaire. Les auteurs concluent toutefois que le lien ne serait pas prédictif (Emond, Ormel, Veenstram et Oldehinkel, 2007).</li> <li>- Des lacunes dans le <b>traitement de l'information sociale</b> seraient liées au développement du TOP chez l'enfant (Gheorghiev, Consoli, Marty et Cohen, 2010).</li> </ul>
<p>Difficultés dans les relations avec les pairs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence de <b>problèmes d'interaction sociale</b> augmente le risque qu'un enfant présente un trouble de l'opposition (Kerekes, et coll, 2014).</li> <li>- Le fait de vivre des <b>difficultés avec les pairs</b> serait associé à la présence du TOP chez l'enfant (Drabick et Gadow, 2012).</li> <li>- Les enfants qui présentent un TOP vivraient généralement des difficultés dans leurs relations avec leurs professeurs et <b>leurs pairs</b> (Hamilton et Armando, 2008).</li> <li>- Comparés aux enfants sans comportements d'opposition, ceux présentant un TOP (tant en présence des symptômes de colère et d'irritabilité qu'en présence de symptômes d'opposition) seraient plus susceptibles de vivre des <b>difficultés avec les pairs</b> (p. ex., être très contrôlant, avoir des disputes fréquentes, se bagarrer, agacer les pairs et se faire eux-mêmes agacer) (Gadow et Drabick, 2012).</li> <li>- En comparaison aux enfants sans diagnostic, les garçons et les filles qui présentent un TOP seraient plus susceptibles de vivre <b>des difficultés avec les pairs</b> (Munkvold et Lundervold, 2011).</li> <li>- Il y aurait une forte association entre TOP chez l'enfant et la présence de <b>relation avec les pairs de faible qualité</b> (Dirks, Boyle et Georgiades, 2011).</li> <li>-L'interaction entre un haut niveau de <b>rejet par les pairs</b> et un niveau élevé de punition corporelle ou de discipline inconstante = plus de symptômes de TOP (Tung et Lee, 2014)</li> <li>-<b>Rejet par les pairs</b> peut agir comme facteur de risque important surtout si l'enfant vit des expériences stressantes dans un autre environnement comme à la maison (Tung et Lee, 2014)</li> <li>-À l'inverse le TOP peut venir augmenter le <b>rejet par les pairs</b>, la discipline punitive et diminuer l'acceptation par les pairs (Tung et Lee, 2014)</li> </ul>

Chronosystème de l'enfant	
Exposition prénatale au tabac, à l'alcool, à la drogue et à une mauvaise nutrition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La <b>consommation</b> de tabac pendant la grossesse augmente le risque que l'enfant développe un trouble de comportement perturbateur, dont le TOP (Petitclerc et Tremblay, 2009).</li> <li>- La <b>consommation de tabac et la malnutrition pendant la grossesse</b> seraient associées au développement du TOP (Hamilton et Armando, 2008).</li> <li>- La <b>consommation de tabac</b> pendant la grossesse serait un facteur de risque du TOP à l'enfance (Boden, Fergusson et Horwood, 2010).</li> <li>- L'exposition prénatale à <b>des toxines, à la nicotine, à une nutrition insuffisante</b> et à un manque de vitamines aurait un effet sur le développement du TOP, mais les recherches seraient inconsistantes (Steiner et Remsing, 2007).</li> </ul>
Faible poids à la naissance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un enfant ayant un <b>faible poids à la naissance</b> serait plus susceptible de développer un trouble de comportement perturbateur, dont le TOP (Petitclerc et Tremblay, 2009).</li> <li>- <b>Un faible poids à la naissance</b> serait un facteur de risque connu des comportements d'opposition (Simmel, Brooks, Barth et Hinshaw, 2001).</li> </ul>
Avoir subi de la maltraitance, négligence, abus physique ou sexuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La <b>négligence et la maltraitance</b> seraient des facteurs précipitant du TOP (de Becker, 2010).</li> <li>- Dans un échantillon d'enfants adoptés, ceux présentant un TOP étaient plus susceptibles d'avoir vécu de la <b>négligence</b> et des abus que ceux ne présentant pas de problèmes extériorisés (Simmel, Brooks, Barth et Hinshaw, 2001).</li> <li>- Le fait d'avoir vécu de <b>l'abus</b> contribuerait au développement des comportements perturbateurs, dont le TOP (Steiner et Remsing, 2007).</li> <li>- Avoir vécu <b>un abus physique ou sexuel</b> pendant l'enfance augmente le risque qu'un enfant développe un TOP à court terme (Boden, Fergusson et Horwood, 2010).</li> </ul>
Cumul d'événements stressants	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <b>vécu d'événements ou la présence de stressseurs</b> dans la dernière année de la vie de l'enfant (p. ex., décès d'un membre de la famille, divorce ou séparation des parents, intimidation, changement d'emploi d'un parent) prédirait la présence de symptômes du TOP (Wiesner, Elliott, McLaughlin, Banspach, Tortorelo, Schuster, 2015).</li> <li>- Le nombre <b>d'événements négatifs</b> vécus par l'enfant (p. ex., problèmes médicaux de l'enfant, problèmes médicaux ou psychologiques d'un proche, décès d'un proche, séparation des parents, conflits entre les adultes de la famille, problèmes financiers des parents) serait associé à la présence du TOP chez l'enfant (Rydell, 2010).</li> <li>- <b>Événements de vie stressants</b> (survenu dans les deux dernières années, ex : déménagement, mort d'un membre de la famille, séparation des parents) sont des facteurs de risque au développement d'un TOP → Facteurs de maintien et aggravant pour les adolescents (Forssman, Eninger, Tillman, Rodriguez et Bohlin, 2012)</li> </ul>

Exposition violence conjugale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'<b>exposition à la violence conjugale</b> serait associée au TOP à l'enfance tant chez les filles que chez les garçons (Burnette, 2013).</li> <li>- L'<b>exposition à la violence conjugale</b> pendant l'enfance augmenterait le risque qu'un enfant développe un TOP à court terme (Boden, Fergusson et Horwood, 2010).</li> </ul>
-------------------------------	---

## Environnement familial défavorable

Vulnérabilités des parents	
Traits antisociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- On observe que 23% des enfants ayant un TOP auraient des parents présentant un <b>trouble de la personnalité antisociale</b> (Loeber, Green, Lahey, Frick et McBurnett, 2000).</li> <li>- L'exposition à la <b>criminalité</b> de ses propres parents serait un facteur de risque du TOP pour l'enfant (Boden, Fergusson et Horwood, 2010).</li> <li>- Les <b>traits antisociaux</b> caractériseraient moins les parents d'enfants ayant un TOP que ceux d'enfants ayant un trouble des conduites ou ayant à la fois un trouble des conduites et un TOP (Lapalme et Déry, 2008).</li> <li>- Trouble de <b>personnalité antisociale</b> et/ou abus de substances de l'un des deux parents = facteur hautement prédictif de TOP et TC entre l'âge de 7 et 13 ans (Nordahl, Wells, Olsson et Bjerkeset, 2010).</li> </ul>
Problèmes de consommation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence de <b>dépendance à l'alcool</b> des parents serait un facteur de risque du TOP chez les enfants (Boden, Fergusson et Horwood, 2010).</li> <li>- La <b>consommation de substances illicites</b> du parent serait un facteur de risque du TOP chez leur enfant (Boden, Fergusson et Horwood, 2010).</li> </ul>
Présence de dépression parentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence d'une faible modulation affective (<i>poor affective modulation</i>) chez le parent, comme la <b>dépression</b> et l'<b>anxiété</b>, contribue à la présence de comportements d'opposition d'un enfant dans ses interactions avec un adulte (Greene, Ablon et Goring, 2003).</li> <li>- La présence de <b>dépression majeure</b> chez le ou les parents augmenterait le risque que leur enfant présente un TOP (Hirshfeld-Becker et coll., 2008).</li> <li>- La <b>présence d'une dépression</b> chez la mère serait un facteur associé à un nombre élevé de symptômes du TOP (Lavigne, Dahl, Gouze, LeBailly et Hopkins, 2014).</li> <li>- <b>Dépression parentale</b> est associée à plus de symptômes du TOP à 6 ans et plus d'affect négatif à 5 ans (Lavigne, Gouze, Hopkins et Bryant, 2016).</li> <li>- <b>Dépression parentale</b> n'a pas un lien significatif direct avec le TOP, mais un lien indirect via augmentation hostilité parentale, diminue le support parental, diminue la qualité de structure, et le tempérament de l'enfant. Symptôme de TOP associés avec augmentation de la <b>dépression</b> du donneur de soin (Lavigne, Gouze, Hopkins, Bryant et LeBailly, 2012).</li> </ul>

	<p>-La <b>dépression maternelle</b> occasionne une augmentation de la probabilité de développer un TOP, mais pas la dépression paternelle (Harvey, Metcalfe, Herbert et Fanton, 2011).</p> <p>-<b>Dépression maternelle</b> rend l'environnement familial plus stressant, réduit la qualité de la relation mère-enfant et le style parental est plus inapproprié, ce qui rend l'utilisation de la punition corporelle plus probable et provoque ainsi la colère chez l'enfant ce qui fait émerger les comportements du TOP. Percevoir de l'hostilité chez sa mère peut rendre un enfant plus hostile envers celle-ci (Treat, Granero et Ezpeleta, 2014).</p>
Faible autorégulation	- Avoir un parent ayant des <b>difficultés d'autorégulations</b> contribue à la présence de comportements d'opposition d'un enfant dans ses interactions avec un adulte (Greene, Ablon et Goring, 2003).
Faible niveau de scolarité (mère)	<p>- Un <b>faible niveau de scolarité</b> de la mère serait un facteur de risque d'un trouble des comportements perturbateurs, dont le TOP (Petitclerc et Tremblay, 2009).</p> <p>- Les enfants dont la mère a moins de neuf ans de <b>scolarité</b> seraient plus susceptibles de présenter un TOP que ceux dont la mère a plus d'années de scolarité (Rydell, 2010).</p> <p>- Un <b>faible niveau d'éducation</b> de la mère serait faiblement associé à la présence du TOP chez l'enfant (Dirks, Boyle et Georgiades, 2011).</p>
Tempérament difficile du parent	- Irritabilité et <b>tempérament difficile</b> du parent combiné à un style parental irritable/explosif et coercitif = <b>facteur de maintien</b> au TOP (Nordahl, Wells, Olsson et Bjerkeset, 2010).

Vulnérabilités conjugales	
Faible cohésion	- Une <b>faible cohésion</b> du couple parental, mesuré par la fréquence des interactions positives dans le couple, serait associée à la présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Faible satisfaction conjugale	- Une <b>faible satisfaction conjugale</b> , mesurée par la perception de chacun sur la stabilité de leur couple au cours des douze derniers mois, serait associée avec la présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Faible degré d'accord	- Un faible consensus entre les parents, c'est-à-dire un <b>faible degré d'accord</b> entre les deux partenaires sur différents problèmes, serait associé à la présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Conflits entre les parents	<p>- Les enfants présentant un TOP auraient davantage tendance à se blâmer pour les <b>conflits existant</b> entre leurs parents que les enfants sans diagnostic (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</p> <p>- La présence de conflits entre les parents serait un facteur de risque du TOP (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</p>

Vulnérabilités familiales	
Fonctionnement familial chaotique et coercition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vivre dans un milieu familial marqué par le <b>chaos</b> et la <b>transgression des règles</b> augmenterait le risque qu'un enfant développe un TOP. L'auteur propose qu'un enfant qui évolue dans un système imprégné de confusions et d'incohérences, sans repères et sans limites, reproduirait les types d'interactions de son milieu (de Becker, 2010).</li> <li>- La présence d'un <b>cycle de coercition</b> dans la famille serait un facteur de risque du TOP (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> <li>- Le <b>dysfonctionnement familial</b> serait un facteur de risque du TOP (Gheorghiev, Consoli, Marty et Cohen, 2010).</li> </ul>
Séparation des parents	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La <b>séparation</b> de ses parents augmenterait le risque qu'un enfant développe un TOP. On constate que ce contexte inciterait l'enfant à annuler l'autorité de l'un de ses parents, et ce par angoisse, par peur de représailles, par loyauté pour l'un des parents ou par excitation et sentiment de pouvoir (de Becker, 2010).</li> <li>- Le <b>divorce des parents</b> serait associé à la présence du TOP chez leur enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).</li> </ul>
Conflits dans la fratrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le fait de vivre des <b>difficultés avec sa fratrie</b> (p. ex., des disputes, des bagarres, des moqueries) serait associé à la présence du TOP chez l'enfant (Drabick et Gadow, 2012).</li> <li>- Comparés aux enfants sans comportements d'opposition, ceux présentant un TOP (tant en présence des symptômes de colère et d'irritabilité qu'en présence de symptômes d'opposition) seraient plus susceptibles de vivre des <b>difficultés avec les membres de leur fratrie</b> (Gadow et Drabick, 2012).</li> </ul>
Relations familiales conflictuelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les enfants présentant un TOP auraient souvent des <b>relations familiales conflictuelles</b> (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> </ul>

Qualité de la relation parent-enfant	
Faible qualité de la relation parents-enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une faible <b>qualité générale de la relation parents-enfant</b> serait associée à la présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).</li> <li>- Les enfants qui présentent un TOP vivraient des <b>difficultés dans leur relation avec leurs parents</b> (Hamilton et Armando, 2008).</li> <li>- Le TOP pourrait être une réponse comportementale de l'enfant face à <b>une position parentale inadaptée</b>, à savoir intrusive ou trop distante (Gheorghiev, Consoli, Marty et Cohen, 2010).</li> </ul>
Incompatibilité entre les caractéristiques de l'enfant et des parents	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les comportements d'opposition d'un enfant pourraient être l'une des manifestations possibles résultantes d'une <b>incompatibilité entre les caractéristiques des parents et de l'enfant</b> (Greene, Ablon et Goring, 2003).</li> </ul>

Conflits parents-enfant	- La présence de <b>conflits</b> , mesurée par la fréquence d'interactions négatives entre le <b>parent et son enfant</b> , serait positivement associée à la présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Faible engagement parental/ manque de chaleur	<p>- Un plus faible <b>engagement du parent</b> envers son enfant serait associé à la présence du TOP ce dernier (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).</p> <p>- Les enfants ayant un TOP rapporteraient davantage de <b>détachement de la part de leur mère</b> que ceux ne présentant pas un TOP (Dirks, Boyle et Georgiades, 2011).</p> <p>- Les enfants ayant vécu dans un <b>environnement peu favorable sur le plan affectif</b> seraient plus à risque de développer des comportements d'opposition. D'ailleurs, l'auteur propose que l'enfant pourrait adopter des comportements d'opposition par recherche d'attention ou pour ressentir le sentiment d'exister (de Becker, 2010).</p> <p>- Une faible tendance du parent à initier des interactions positives avec son enfant et de <b>ressentir des émotions positives</b> envers ce dernier serait associée à la présence de symptômes du TOP. Cette relation serait significative pour les garçons, mais pas pour les filles (Burnette, 2013).</p> <p>- Le <b>manque de chaleur</b> des parents envers leur enfant serait un facteur de risque du TOP (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</p> <p>- Le <b>manque de chaleur parental</b> serait associé à la présence du TOP (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).</p> <p>- L'<b>hostilité parentale et le manque de chaleur</b> seraient des facteurs associés à un nombre élevé de symptômes du TOP (Lavigne, Dahl, Gouze, LeBailly et Hopkins, 2014).</p> <p><b>-Expression d'émotions négatives du parent</b> : affecte la régulation émotionnelle de l'enfant (Duncombe, Havighurst, Holland et Frankling, 2012).</p>

Pratiques éducatives	
Pratiques éducatives lacunaires	<p>- L'utilisation de <b>pauvres pratiques parentales</b> serait associée à la présence de comportement d'opposition chez l'enfant (del Valle, Kelley et Seoanes, 2001).</p> <p>- Les enfants ayant vécu dans un environnement <b>peu favorable sur le plan de l'éducation</b> en général seraient plus à risque de développer des comportements d'opposition (de Becker, 2010).</p> <p>-Il ressort que le TOP aurait davantage un impact sur le développement de pratiques disciplinaires inadéquates (plutôt que ce soit les pratiques qui auraient un impact sur le développement du TOP) (Loeber, Burke et Pardini, 2009).</p> <p>- (<b>lien présent, mais moins fort 6-11 ans</b>) La <b>discipline des parents</b> serait associée au TOP. Toutefois, il apparaît qu'elle serait davantage associée au TOP chez les jeunes de 12 à 18 ans que chez les enfants de 6 à 11 ans (Drabick et Gadow, 2012).</p>
Demandes sans délai	- La présence d'adultes qui ont tendance à faire des demandes à leur enfant et à <b>attendre des réponses immédiates</b> augmente le risque que l'enfant développe des comportements d'opposition (Greene, Ablon et Goring, 2003).

<p>Discipline sévère / punition corporelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La tendance d'un parent à endosser l'utilisation de la <b>punition corporelle</b> serait positivement associée à la présence du TOP chez leur enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).</li> <li>- Comparés aux enfants sans comportements d'opposition, ceux présentant un TOP (tant en présence des symptômes de colère et d'irritabilité qu'en présence de symptômes d'opposition) seraient plus susceptibles d'avoir des parents utilisant des <b>stratégies disciplinaires sévères</b> telles que de donner la fessée ou gifler, de gronder, de retirer l'affection, d'utiliser l'isolation, la privation et la perte de privilèges (Gadow et Drabick, 2012).</li> <li>- L'utilisation de <b>stratégies disciplinaires physiques sévères</b> serait prédicteur de la présence de symptômes du TOP chez les filles, mais pas chez les garçons (Burnette, 2015).</li> <li>- L'utilisation de <b>pratiques parentales hostiles</b> serait un facteur de risque du trouble de comportements perturbateurs, dont le TOP (Petitclerc et Tremblay, 2009).</li> <li>- La tendance du parent à <b>exprimer de l'agacement envers son enfant, à le gronder ou à utiliser la punition corporelle</b> serait associée à la présence de symptômes du TOP, tant pour les garçons que pour les filles (Burnette, 2013).</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L'utilisation de punition</b> peut être perçue par l'enfant comme intrusif et coercitif ce qui peut augmenter les difficultés de comportement de l'enfant plutôt que de l'aider à les contrôler (Trepato, Granero et Ezpeleta, 2014).</li> <li>- Association directe entre les <b>comportements agressifs des parents</b> et le TOP (Trepato, Granero et Ezpeleta, 2014).</li> <li>- <b>Hostilité parentale</b> = plus de TOP, car mène à moins d'autorégulation chez l'enfant (Lavigne, Gouze, Hopkins et Bryant, 2016).</li> <li>- Style éducatif maternel caractérisé par <b>punition corporelle ou une discipline sévère</b>, agit comme facteur modérateur dans la relation entre la psychopathologie maternelle et TOP de l'enfant (Trepato, Granero, Ezpeleta, 2014).</li> </ul>
<p>Style parental laisser-faire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il apparaît que les parents qui adoptent un style parental «<b>laisser-faire</b>» (p. ex., intégrant le concept qu'il est interdit d'interdire) mettraient en place un terrain propice au développement de l'opposition chez l'enfant (de Becker, 2010).</li> <li>- Il apparaît que la seule pratique disciplinaire pouvant être associée au TOP chez l'enfant serait une <b>discipline timide</b>, c'est-à-dire une tendance à éviter de s'engager dans des efforts disciplinaires en raison d'inquiétudes face à la réaction de l'enfant. (Loeber, Burke et Pardini, 2009).</li> </ul>

<p>Manque de structure / Discipline inconsistante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence d'une <b>discipline inconsistante</b> est une caractéristique liée aux enfants ayant un TOP (Lapalme et Déry, 2008).</li> <li>- Les enfants présentant un TOP seraient davantage confrontés à des <b>pratiques parentales inconsistantes</b> que ceux sans diagnostic (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> <li>- <b>L'utilisation inconsistante de la discipline</b> serait un facteur de risque du TOP (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> </ul>
---	---

Chronosystème des parents	
Dépression postpartum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un enfant dont la mère aurait vécu une <b>dépression postpartum</b> après sa naissance serait plus susceptible de développer un trouble de comportements perturbateurs, dont le TOP (Petitclerc et Tremblay, 2009).</li> </ul>
Jeune âge de la mère à la naissance de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le <b>jeune âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant</b> serait un facteur de risque du TOP (Simmel, Brooks, Barth et Hinshaw, 2001).</li> </ul>
Antécédents de trouble de comportement à l'enfance/ historique familial de TOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une mère qui a présenté <b>un trouble des comportements perturbateurs</b> au cours de son enfance et de son adolescence serait plus susceptible d'avoir des enfants qui manifesteront également un trouble des comportements perturbateurs, dont le TOP (Petitclerc et Tremblay, 2009).</li> <li>- La présence d'un <b>historique familial de TOP</b> ou du trouble des conduites serait un facteur de risque connu du TOP chez l'enfant (Hamilton et Armando, 2008).</li> </ul>
Stress parental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Un haut niveau de stress parental</b> serait un facteur associé à un nombre élevé de symptômes du TOP chez leur enfant (Lavigne, Dahl, Gouze, LeBailly et Hopkins, 2014).</li> </ul>
Stress familiaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence de <b>stresseurs vécus par la famille</b> serait associée à la présence du TOP chez l'enfant (Drabick et Gadow, 2012).</li> <li>- La présence d'<b>événements stressants vécus par la famille</b> (p. ex., 2<sup>ème</sup> mariage, mort ou hospitalisation d'un membre de la famille, déménagements, naissance de frères et sœurs, maladies majeures) serait associée à la présence d'un TOP chez l'enfant (tant en présence des symptômes de colère et d'irritabilité qu'en présence de symptômes d'opposition) (Gadow et Drabick, 2012).</li> </ul>

## Environnement social défavorable

Communauté	
Violence	<p>-La <b>violence dans la communauté</b> contribuerait au risque qu'un enfant ait un diagnostic du TOP (Steiner et Remsing, 2007).</p> <p>-Pour les filles et plus particulièrement pour les filles issues de minorités = usage et <b>vente de drogue dans le voisinage</b> lié au développement du TOP (Russell et al., 2015)</p> <p>-<b>Être exposé à la criminalité</b> dans son quartier peut être vu comme une manière de défier l'autorité, ce qui est une caractéristique du TOP et donc la défiance de l'autorité devient normale puisque le voisinage le fait aussi, ce qui augmente les chances de développer un TOP (Russell <i>et al.</i>, 2015)</p>
Ressources économiques lacunaires	
Statut socioéconomique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un <b>faible statut socioéconomique</b> de la famille serait un facteur de risque connu du TOP (Hamilton et Armando, 2008).</li> <li>- Un <b>faible revenu familial</b> serait faiblement associé à la présence d'un TOP chez l'enfant (Dirks, Boyle et Georgiades, 2011).</li> <li>- Un <b>faible revenu familial</b> serait un facteur de risque du trouble des comportements perturbateurs, dont le TOP (Petitclerc et Tremblay, 2009).</li> <li>- Un <b>faible statut socioéconomique</b> serait un facteur de risque du TOP (Gheorghiev, Consoli, Marty et Cohen, 2010).</li> <li>- Un <b>statut socioéconomique faible</b> serait un facteur associé à un nombre élevé de symptômes du TOP (Lavigne, Dahl, Gouze, LeBailly et Hopkins, 2014).</li> <li>-Haut niveau de TOP est associé à un <b>faible SSE</b> : un faible SSE = plus de punition corporelle et discipline inconstante ce qui amène davantage de symptômes du TOP (Granero, Louwaars et Ezpeleta, 2015)</li> <li>-<b>Faible SSE</b> = lien indirect avec le TOP via le stress, les conflits, la dépression parentale, le support parental, la structure et l'autorégulation et la régulation émotionnelle de l'enfant (Lavigne, Gouze, Hopkins, Bryant et LeBailly, 2012).</li> <li>-<b>SSE faible</b> lien direct avec pratiques éducatives (moins de support parental, moins de structure, moins d'autorégulation de l'enfant et de régulation sensorielle) (Lavigne, Gouze, Hopkins, Bryant et LeBailly, 2012).</li> <li>-Un <b>faible revenu familial</b> occasionne une augmentation du TOP et une augmentation des symptômes de TOP à 6 ans (Harvey, Metcalfe, Herbert et Fanton, 2011).</li> </ul>

## Conséquences possibles du trouble d'opposition avec provocation

Conséquences générales	
Troubles de conduites/ conduites antisociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les symptômes de colère et d'irritabilité du TOP seraient associés à une plus grande sévérité des symptômes du TOP lui-même, ainsi que du <b>trouble des conduites</b> (Drabick et Gadow 2012).</li> <li>- Il apparaît que les symptômes du <b>trouble des conduites</b> seraient généralement précédés par des symptômes du TOP (Loeber, Green, Lahey, Frick et McBurnett, 2000).</li> <li>- Le <b>trouble des conduites</b> et le trouble de personnalité antisociale seraient considérés comme des modalités évolutives du TOP (Gheorghiev, Consoli, Marty et Cohen, 2010).</li> <li>- Le TOP mène dans 40% des cas à des problèmes de comportement plus sévères, comme un <b>trouble des conduites</b> (Corcoran, Brose, Shadik, 2010).</li> <li>- La présence de symptômes d'opposition à l'enfance ne serait pas prédicteur de la <b>délinquance</b> dans l'adolescence (Byrd, Loeber et Pardini, 2012)</li> <li>- Une opposition chronique chez l'enfant serait un prédicteur du <b>vol</b> plus tard à l'adolescence (Séguin et Pilon, 2013).</li> <li>- La présence de comportements d'opposition à l'enfance serait un précurseur important des problèmes de <b>conduites antisociales</b> à l'adolescence (Simmel, Brooks, Barth et Hinshaw, 2001).</li> <li>- Il y aurait des fortes associations entre le TOP à l'enfance et le trouble des conduites et la manifestation de <b>conduites antisociales</b> à l'âge adulte (Stringaris et Goodman, 2009).</li> <li>- Le TOP augmenterait le risque de développer d'autres problèmes de <b>comportements perturbateurs</b> (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> <li>- Le TOP est un prédicteur du <b>trouble des conduites</b> (Burke et Loeber, 2010).</li> <li>- Le TOP serait souvent en comorbidité avec le <b>trouble des conduites</b> (Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004).</li> <li>- La comorbidité entre le <b>trouble des conduites</b> et le TOP tendrait à augmenter avec l'âge. Parmi les enfants âgés entre 5 et 7 ans présentant un <b>trouble des conduites</b>, 8% des filles et 12% des garçons rencontreraient également les critères du TOP. Parmi ceux âgés de 11 et 12 ans, ce pourcentage est de 15% pour les filles et de 32% pour les garçons (Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004).</li> <li>- Comparés aux enfants sans comportements d'opposition, ceux présentant un TOP (tant en présence des symptômes de colère et d'irritabilité qu'en présence de symptômes d'opposition) seraient aussi plus susceptibles de présenter un <b>trouble des conduites</b> (Gadow et Drabick, 2012).</li> <li>- Il y aurait un chevauchement et une forte comorbidité entre le TOP et le <b>trouble des conduites</b> (Emond, Ormel, Veenstram et Oldehinkel, 2007).</li> <li>- Environ 60% des jeunes ayant un diagnostic du <b>trouble des conduites</b> répondraient aussi aux critères du TOP (Lapalme et Déry, 2008).</li> </ul>

<p>Trouble intériorisé (problèmes émotionnels, anxiété et dépression)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La présence du symptôme de l'irritabilité du TOP serait un fort prédicteur d'une augmentation de <b>problèmes émotionnels</b> (Stringaris et Goodman, 2009).</li> <li>- Le TOP à l'enfance serait un facteur de risque de <b>l'anxiété et de la dépression</b> à l'adolescence, ainsi que de la dépression et du névrotisme à l'âge adulte (Burke, 2012).</li> <li>- Le TOP occuperait un rôle clé dans le développement de plusieurs troubles psychopathologiques à l'enfance, incluant la dépression et l'anxiété (Loeber, Burke et Pardini, 2009).</li> <li>- Les symptômes dépressifs chez les enfants seraient généralement précédés de symptômes d'opposition (Boylan, Vaillancourt et Szatmari, 2012).</li> <li>- Le TOP augmenterait le risque de développer des troubles de l'humeur et d'anxiété (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> <li>- Le TOP est un prédicteur connu de la dépression, l'anxiété et le trouble de la personnalité limite (Burke, Rowe et Boylan, 2014).</li> <li>- Il y aurait des fortes associations entre le TOP à l'enfance et un large éventail de troubles psychologiques à l'âge adulte (Stringaris et Goodman, 2009).</li> <li>- Les symptômes d'irritabilité chronique ou épisodique du TOP seraient associés à la dépression et au trouble bipolaire (Burke et Loeber, 2010).</li> </ul>
<p>Difficultés familiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le TOP serait un prédicteur d'une <b>aggravation des pratiques parentales</b>, de la présence de <b>conflits familiaux</b> et d'une <b>faible cohésion familiale</b> (Burke, Rowe et Boylan, 2014).</li> </ul>
<p>Difficultés scolaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le TOP est associé à l'apparition future de <b>difficultés scolaires</b> (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> <li>- Les troubles de comportements perturbateurs, incluant le TOP, sont associés à des <b>échecs académiques</b> et au <b>décrochage scolaire</b> ultérieur (Petitclerc et Tremblay, 2009).</li> <li>- Bien que la littérature associe le TOP à un pauvre fonctionnement scolaire, on n'observerait pas de relation prédictive entre le TOP seul et la présence de faible réussite scolaire ultérieure (Burke, Rowe et Boylan, 2014).</li> </ul>
<p>Difficultés sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le TOP à l'enfance prédirait des <b>difficultés interpersonnelles</b> telles qu'un faible nombre de relations positives avec les pairs, ainsi qu'une faible qualité des relations avec les pairs, avec leurs parents et dans les relations amoureuses (Burke, Rowe et Boylan, 2014).</li> <li>- La présence du symptôme de l'irritabilité du TOP serait un fort prédicteur d'une augmentation de difficultés avec les pairs (Stringaris et Goodman, 2009).</li> <li>- Le TOP est associé à l'apparition future de difficultés au plan du fonctionnement social (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici et Nigg, 2012).</li> <li>- Le TOP serait un prédicteur de mauvaises interactions avec les pairs, au rejet par ceux-ci et aux préférences sociales négatives (Burke, Rowe et Boylan, 2014).</li> <li>- TOP âge préscolaire est lié à une implication dans l'intimidation dès la première année du primaire (Verlinden <i>et al.</i>, 2015),</li> </ul>

<p>Automutilation/ Comportements à risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes ayant un TOP sont plus à risque de présenter des comportements d'<b>automutilation</b> (Meszaros, Horvath et Balazs, 2017).</li> <li>- Un plus haut score pour le TOP est associé à un risque plus accru de développer des <b>conduites sexuelles à risque</b> à l'adolescence, plus de partenaires (Donahue <i>et al.</i>, 2013). Ce n'est pas une association directe : seulement une prédisposition (Donahue <i>et al.</i>, 2013). Ce qui peut augmenter le risque : manque d'implication parentale, mauvaise influence des pairs, impulsivité, désinhibition, difficulté avec la régulation des affects, dysfonctionnement familial (Donahue <i>et al.</i>, 2013).</li> </ul>
---	--

## Facteurs de protection

Facteurs liés à l'enfant	
Traitements pharmaceutiques	- La <b>médication</b> (ex., psychostimulant) serait efficace à réduire les symptômes du TDAH et du TOP, mais aucune étude ne démontre cet effet en l'absence du TDAH (Hamilton et Armando, 2008).
Présence d'un/des pairs significatifs	-Le fait d'avoir <b>un ami proche</b> (meilleur ami), sur lequel in peut compter pendant les moments négatifs peut agir comme facteur de protection (Tung et Lee, 2014).  -Cet <b>ami</b> vient diminuer les effets physiques et psychologiques associé avec les événements adverses et peut ainsi aider l'enfant avec des difficultés de comportements à interpréter les événements stressants d'une manière adaptée (Adams, Santo et Bukowski, 2011).  - <b>Effet de l'ami</b> vient diminuer les distorsions cognitives incluant les attributions hostiles, ce qui protège l'enfant de futur comportement agressifs, hostiles ou oppositionnels (Tone et Davis, 2012).

Facteurs liés l'environnement	
Encadrement	- Une « <b>autorité suffisamment ferme et bienveillante</b> aide l'enfant à s'épanouir et à définir des patterns transactionnels où l'opposition systématique n'est pas vraiment pertinente.» (de Becker, 2010).
Engagement parental	- Un plus fort <b>engagement</b> du parent envers son enfant serait associé à une plus faible probabilité de présence du TOP chez ce dernier (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Relation parent-enfant de qualité	- Une <b>qualité générale élevée de la relation</b> parent-enfant serait associée une plus faible probabilité de présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Attitudes positives envers l'enfant	- Une plus forte tendance du parent à initier des <b>interactions positives</b> avec son enfant et de ressentir des émotions positives envers celui-ci serait associée à une plus faible présence de symptômes du TOP. Cette relation serait significative pour les garçons, mais pas pour les filles (Burnette, 2013).  - La tendance du parent à éviter d'exprimer de l'agacement envers son enfant, à le gronder ou à utiliser la punition corporelle serait associée à moins de symptômes du TOP, tant pour les garçons que pour les filles (Burnette, 2013).  - Enfant dont les parents démontrent des émotions positives et offrent une réponse et un support positif dans l'expression des émotions de l'enfant ont moins de problèmes de comportement → plus d'autorégulation (Duncombe, Havighurst, Holland et Frankling, 2012).

Cohésion conjugale élevée	- Une <b>cohésion élevée</b> entre les parents, mesurée par la fréquence des interactions positives dans le couple, serait associée à une plus faible probabilité de présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Satisfaction conjugale élevée	- Une <b>satisfaction conjugale élevée</b> des deux parents au cours des douze derniers mois, mesurée par la perception de chacun sur la stabilité de leur couple, serait associée à une plus faible probabilité de présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Degré d'accord élevé	- Un consensus élevé entre les parents, c'est-à-dire un <b>degré d'accord élevé</b> entre les deux partenaires sur différents problèmes, serait associé à une plus faible probabilité de présence du TOP chez l'enfant (Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013).
Famille intacte	- Un plus faible niveau de symptômes du TOP serait davantage observé dans les familles intactes (deux parents biologiques) que dans les autres types de famille (Rydell, 2010).

## Références

- Adams, R. E., Santo, J. B. et Bukowski, W. M. (2011). The presence of a best friend buffers the effects of negative experiences. *Developmental Psychology*, 47(6), 1786-1791. doi:10.1037/a0025401
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Washington, DC.
- Antúnez, Z., de la Osa, N., Granero, R. et Ezpeleta, L. (2016). Parental Psychopathology Levels as a Moderator of Temperament and Oppositional Defiant Disorder Symptoms in Preschoolers. *Journal of child and family studies*, 25(10), 3124-3135.
- Broce, R. et Shadik, J. (2010). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Children. Dans Corcoran (Ed). *Mental health treatment for children and adolescents*, Oxford: Oxford University Press.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M. et Horwood, L. J. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Oppositional-Defiant Disorder, Evidence from a New Zealand Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125-1133.
- Bornoalova, M. A., Blazei, R., Malone, S. H., McGue, M., et Iacono, W. G. (2013). Disentangling the Relative Contribution of Parental Antisociality and Family Discord to Child Disruptive Disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(3), 239-246.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., et Szatmari, P. (2012). Linking oppositional behaviour trajectories to the development of depressive symptoms in childhood. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(3), 484-497.
- Burke, J., et Loeber, R. (2010). Oppositional Defiant Disorder and the Explanation of the Comorbidity Between Behavioral Disorders and Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 319-326.
- Burke, J. D. (2012). An affective dimension within oppositional defiant disorder symptoms among boys: personality and psychopathology outcomes into early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1176-1183.
- Burke, J. D., Rowe, R., et Boylan, K. (2014). Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(3), 264- 272. doi: 10.1111/jcpp.12150
- Burnette, M. L. (2013). Gender and the development of oppositional defiant disorder: contributions of physical abuse and early family environment. *Child Maltreatment*, 18(3), 195-204.
- Byrd, A. L., Loeber, R., et Pardini, D. A. (2012). Understanding desisting and persisting forms of delinquency: the unique contributions of disruptive behavior disorders and interpersonal callousness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 371-380.
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J. J., Rohde, L. A., et Frick, P. J. (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(7), 695-704.
- de Becker, E. (2010). Troubles oppositionnels chez l'enfant : leur compréhension et leurs soins. *Psychothérapies*, 30(3), 123-133.
- del Valle, P., Kelley, S. L., et Seoanes, J. E. (2001). The "oppositional defiant" and "conduct disorder" child: a brief review of etiology, assessment and treatment. *Behavioral Development Bulletin*, 1, 36-41.

- Demmer, D. H., Hooley, M., Sheen, J., McGillivray, J. A. et Lum, J. A. (2016). Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: a meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 1-13.
- Dirks, M. A., Boyle, M. H., et Georgiades, K. (2011). Psychological symptoms in youth and later socioeconomic functioning: do associations vary by informant? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 10-22.
- Donahue, K. L., Lichtenstein, P., Lundström, S., Anckarsäter, H., Gumpert, C. H., Långström, N. et D'Onofrio, B. M. (2013). Childhood behavior problems and adolescent sexual risk behavior: Familial confounding in the Child and Adolescent Twin Study in Sweden (CATSS). *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 606-612.
- Drabick, D. A. G., et Gadow, K. D. (2012). Deconstructing oppositional defiant disorder, clinic based evidence for an anger/irritability phenotype. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 384-393.
- Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Holland, K. A. et Frankling, E. J. (2012). The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. *Child Psychiatry And Human Development*, 43(5), 715-733.
- Emond, A., Ormel, J., Veenstra, R., et Oldehinkel, A. J. (2007). Preschool behavioral and social-cognitive problems as predictors of (pre)adolescent disruptive behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 38(3), 221-236.
- Forssman, L., Eninger, L., Tillman, C. M., Rodriguez, A. et Bohlin, G. (2012). Cognitive functioning and family risk factors in relation to symptom behaviors of ADHD and ODD in adolescents. *Journal of attention disorders*, 16(4), 284-294.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G., et Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder, parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 49-55.
- Gadow, K. D., et Drabick, D. A. (2012). Anger and irritability symptoms among youth with ODD: cross-informant versus source-exclusive syndromes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(7), 1073-1085.
- Gheorghiev, C., Consoli, A., Marty, F., et Cohen, D. (2010). Une clinique de l'opposition à l'adolescence : du symptôme à la nosographie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58(8), 507-512.
- Granero, R., Louwaars, L. et Ezpeleta, L. (2015). Socioeconomic status and oppositional defiant disorder in preschoolers: parenting practices and executive functioning as mediating variables. *Frontiers in psychology*, 6.
- Greene, R. W., Ablon, J. S., et Goring, J. C. (2003). A transactional model of oppositional behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(1), 67-75.
- Hamilton, S. et Armando, J. (2008). Oppositional Defiant Disorder. *American Family Physician*, 78(7), 861-866.
- Harvey, E. A., Metcalfe, L. A., Herbert, S. D. et Fanton, J. H. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 784-795.

- Hirshfeld-Becker, D. R., Petty, C., Micco, J. A., Henin, A., Park, J., Beilin, A., Rosenbaum J. F. et Biederman, J. (2008). Disruptive behavior disorders in offspring of parents with major depression: associations with parental behavior disorders. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 176-184.
- Kerekes, N., Lundstrom, S., Chang, Z., Tajnia, A., Jern, P., Lichtenstein, P., Nilson, T. et Anckarsater, H. (2014). Oppositional defiant- and conduct disorder-like problems: neurodevelopmental predictors and genetic background in boys and girls, in a nationwide twin study. *PeerJ*, 2, 359, 1-17.
- Lapalme, M., et Déry, M. (2008). Caractéristiques associées au TOP, au trouble des conduites et à leur cooccurrence. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 185.
- Lavigne, J. V., Cichetti, C., Gibbons, R. D., Binns, H. J., Larsen, L. et Devito, C. (2001). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1393-1400.
- Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Hopkins, J. et Bryant, F. B. (2016). A multidomain cascade model of early childhood risk factors associated with oppositional defiant disorder symptoms in a community sample of 6-year-olds. *Development and psychopathology*, 28(4), 1547-1562.
- Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B. et LeBailly, S. A. (2012). A multi-domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. *Journal of abnormal child psychology*, 40(5), 741-757.
- Leadbeater, B. J. et Ames, M. E. (2017). The longitudinal effects of oppositional defiant disorder symptoms on academic and occupational functioning in the transition to young adulthood. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 45(4), 749-763.
- Li, I., Clark, D. A., Klump, K. L. et Burt, S. A. (2017). Parental Involvement as an Etiological Moderator of Middle Childhood Oppositional Defiant Disorder. *Journal Of Family Psychology*, doi:10.1037/fam0000311
- Loeber, R., Burke, J. D., et Pardini, D. A. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 291-310.
- Loeber, R. B., Jeffrey D.; Lahey, Benjamin B.; Winters, Alaina; Zera, Marcie. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Loeber, R. G., Stephanie M.; Lahey, Benjamin B.; Frick, Paul J.; McBurnett, Keith. (2000). Findings on disruptive behavior disorders from the first decade of the developmental trends study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(1), 37-60.
- Martel, M. M., Gremillion, M. L. et Roberts, B. (2012). Temperament and common disruptive behavior problems in preschool. *Personality and individual differences*, 53(7), 874-879.
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J. et Schutter, D. J. (2013). The neurobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: altered functioning in three mental domains. *Development and psychopathology*, 25(1), 193-207.
- Matthys, W., Vanderschuren, L. J., Schutter, D. J., et Lochman, J. E. (2012). Impaired neurocognitive functions affect social learning processes in oppositional defiant disorder and conduct disorder: implications for interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 234-246.

- Maughan, B. R., Richard; Messer, Julie; Goodman, Robert; Meltzer, Howard. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample, *Developmental epidemiology. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609–621.
- Mazza, J. R. S., Lambert, J., Zunzunegui, M. V., Tremblay, R. E., Boivin, M. et Côté, S. M. (2017). Early adolescence behavior problems and timing of poverty during childhood: A comparison of lifecourse models. *Social Science and Medicine*, 177, 35-42.
- McClelland, E. et McKinney, C. (2016). Disruptive behavior and parenting in emerging adulthood: Mediational effect of parental psychopathology. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 212-223.
- McCullough, C. et Shaffer, A. (2014). Maternal depressive symptoms and child externalizing problems: Moderating effects of emotionally maltreating parenting behaviors. *Journal Of Child And Family Studies*, 23(2), 389-398.
- Melegari, M. G., Nanni, V., Lucidi, F., Russo, P. M., Donfrancesco, R. et Cloninger, C. R. (2015). Temperamental and character profiles of preschool children with ODD, ADHD, and anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 58, 94-101.
- Meszaros, G., Horvath, L. O. et Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC psychiatry*, 17(1), 160.
- Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R. et Ezpeleta, L. (2011). Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child abuse & neglect*, 35(9), 700-711.
- Munkvold, L. H., Lundervold, A. J., et Manger, T. (2011). Oppositional defiant disorder-gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 577- 587.
- Noordermeer, S. D., Luman, M. et Oosterlaan, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of neuroimaging in oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) taking attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) into account. *Neuropsychology review*, 26(1), 44-72.
- Nordahl, H. M., Wells, A., Olsson, C. A. et Bjerkeset, O. (2010). Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(9), 852-858.
- Petitclerc, A. T., Richard E. (2009). Childhood disruptive behaviour disorders, review of their origin, development and prevention. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(4), 222-231.
- Russell, A. A., Johnson, C. L., Hammad, A., Ristau, K. I., Zawadzki, S., Del Alba Villar, L. et Coker, K. L. (2015). Prenatal and neighborhood correlates of oppositional defiant disorder (ODD). *Child & Adolescent Social Work Journal*, 32(4), 375-381.
- Rydell, A. M. (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 233-244.
- Schoorl, J., Van Rijn, S., de Wied, M., Van Goozen, S. H. et Swaab, H. (2017). Neurobiological stress responses predict aggression in boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder: a 1-year follow-up intervention study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-9.

- Séguin, J., et Pilon, M. (2013). Conduct and oppositional defiant disorders. Dans Reddy L. A., Weissman A. S. et Hale J. B. (Eds). *Neuropsychological assessment and intervention for youth: an evidence-based approach to emotional and behavioral disorders*, 177-200. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shanahan, L., Copeland, W. E., Angold, A., Bondy, C. L. et Costello, E. J. (2014). Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5), 550-558.
- Simmel, C., Brooks, D., Barth, R. P., et Hinshaw, S. P. (2001). Externalizing symptomatology among adoptive youth, prevalence and preadoption risk factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 57-69.
- Steiner, H., Rensing, L., et Work Group on Quality, I. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141.
- Stringaris, A., et Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 216-223.
- Tone, E. B. et Davis, J. S. (2012). Paranoid thinking, suspicion, and risk for aggression: A neurodevelopmental perspective. *Development And Psychopathology*, 24(3), 1031-1046.
- Trepát, E., Granero, R. et Ezpeleta, L. (2014). Parenting practices as mediating variables between parents' psychopathology and oppositional defiant disorder in preschoolers. *Psicothema*, 26(4), 497-504.
- Tung, I. et Lee, S. S. (2014). Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: Differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggressive behavior*, 40(1), 79-90.
- van Goozen, S. H. M. (2015). The role of early emotion impairments in the development of persistent antisocial behavior. *Child Development Perspectives*, 9(4), 206-210.
- Verlinden, M., Jansen, P. W., Veenstra, R., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C. *et al* (2015). Preschool attention-deficit/hyperactivity and oppositional defiant problems as antecedents of school bullying. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(7), 571-579.
- Wiesner, M., Elliott, M. N., McLaughlin, K. A., Banspach, S. W., Tortolero, S., et Schuster, M. A. (2015). Common versus specific correlates of fifth-grade conduct disorder and oppositional defiant disorder symptoms: comparison of three racial/ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 985-998.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., et Stegall, S. (2006). Emotion Regulation in Children and Adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155-168.