

L'agressivité chez le préadolescent ou l'adolescent

5

Geneviève Tellier

Les enfants et les adolescents sont emmenés de plus en plus souvent au cabinet du médecin ou à l'urgence pour des propos agressifs. La famille et l'école attendent parfois une évaluation rigoureuse associée à des recommandations précises et efficaces. Est-ce possible ? Comment repérer les jeunes pouvant tirer profit d'une intervention médicale, sans médicaliser pour autant les comportements agressifs attribuables à des problèmes nécessitant plutôt des mesures sociales ou éducatives ?

KEVIN, 8 ANS, A TOUJOURS ÉTÉ AGITÉ, colérique et passablement impulsif. Lorsqu'il subit une frustration, une escalade s'installe rapidement et il peut devenir menaçant, lancer des objets ou même frapper. Il a même déjà menacé de se suicider. Cependant, il aime rendre service et regrette par la suite ses excès de colère. Sa mère n'en peut plus et vous demande quelle attitude adopter lorsque son fils se fâche.

Alexandre, 12 ans, est en secondaire 1. Il est enfant unique et n'a jamais eu beaucoup de limites. Capable de s'affirmer et sûr de lui, il négocie toutes les règles à la maison et à l'école. Membre d'un gang de rue, il aurait commis quelques délits pour lesquels les policiers sont venus à la maison. Son père l'emmène en consultation à la suggestion de l'école qui, selon lui, exagère les problèmes. Il voudrait que vous écriviez un papier attestant qu'un suivi ou des médicaments ne sont pas nécessaires. Que faites-vous ?

Depuis six mois, les résultats scolaires de Tristan, 17 ans, ont chuté de façon considérable. En après-midi, il a at-

taqué un camarade de classe sans raison apparente. Personne n'a heureusement été blessé. Il a été emmené à l'urgence à la demande de l'école. Les représentants de l'école ont quitté. Tristan est accompagné de sa mère, qui ne s'inquiète pas parce qu'elle croit que tout est dû à la drogue ou à l'adolescence. Elle veut savoir quand vous allez autoriser son congé. L'urgence déborde. Quel point devez-vous évaluer avant de prendre une décision ?

L'agressivité, tout comme l'anxiété, n'est pas forcément pathologique. On parle d'agressivité normale, adaptative ou même développementale qui présente un pic entre l'âge de 2 et 4 ans. L'enfant apprendra progressivement à reconnaître sa colère, puis à mieux la gérer. La colère est permise, mais pas l'expression violente de celle-ci.

L'agressivité n'est pas un diagnostic et ne relève pas nécessairement d'un trouble psychiatrique. Il s'agit d'un symptôme qui doit être abordé comme n'importe quel autre, au même titre que la fièvre par exemple. De la même façon qu'un épisode aigu de pyrexie à 39 degrés durant quelques heures chez un enfant de 2 ans n'entraînera pas un examen très approfondi, une manifestation isolée d'agressivité modérée chez un enfant de 8 ans dans la cour d'école ne nous conduira pas toujours vers une évaluation exhaustive

La Dr^e Geneviève Tellier, pédopsychiatre, exerce au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à Montréal, et au Service des consultations. Elle est aussi consultante au Centre hospitalier Sainte-Marie, à Trois-Rivières.

L'agressivité n'est pas un diagnostic et ne relève pas nécessairement d'un trouble psychiatrique. Il s'agit d'un symptôme qui doit être abordé comme n'importe quel autre, au même titre que la fièvre par exemple.

Repère

Tableau I**Caractéristiques des comportements agressifs**

Type de comportements agressifs	Perte de maîtrise de soi	Regret	Survient à la suite d'une légère frustration
Maîtrisés	Non	Non	Non
Réactifs	Oui	Oui	Oui

avec recherche d'une psychopathologie spécifique. Par ailleurs, une manifestation d'agressivité intense, fréquente ou encore associée à d'autres symptômes devrait inciter le médecin à pousser son évaluation un peu plus loin.

Définition

L'étude des comportements agressifs pose le problème d'une difficulté se situant au niveau de la définition et de la classification puisque ces comportements sont très hétérogènes, autant sur le plan phénoménologique qu'étiologique. Chez l'animal, on parle de comportements agressifs prédateurs et de comportements agressifs défensifs. De la même façon, chez l'humain, on peut parler de comportements agressifs maîtrisés et de comportements agressifs réactifs¹.

Les comportements agressifs maîtrisés visent à obtenir une gratification et entraînent peu d'expression émotionnelle et peu d'activation sympathique. Au contraire, les comportements agressifs réactifs surviennent à la suite d'une menace et s'accompagnent fréquemment d'une expression émotionnelle et d'une activation sympathique. Ils peuvent être soudains ou apparaître après une augmentation graduelle de tension. Enfin, ils sont observés chez de nombreux enfants ayant des troubles neurodéveloppementaux.

Classiquement, les enfants ayant des comportements agressifs réactifs, ou « enfants explosifs »², sont décrits comme ayant une faible tolérance à la frustration et ils se mettent rapidement en colère. On dit

qu'ils ont « la mèche courte ». Ils sont souvent difficiles à calmer une fois en colère. De plus, ils ont beaucoup de mal à maîtriser leurs émotions, qu'elles soient positives ou négatives, et leurs comportements. Leurs capacités d'adaptation et de flexibilité sont souvent limitées. Les « explosions » sont sans commune mesure avec la situation les ayant

provoquées. Les comportements difficiles augmentent avec la fatigue ou même avec la faim et entraînent souvent des conséquences importantes qui peuvent perturber le fonctionnement scolaire, familial, social ou les loisirs. Ces conséquences sont surtout des conflits parents-enfants, un épuisement parental, des sentiments de culpabilité autant chez l'enfant que chez le parent et des problèmes d'incohérence entre les parents qui ne savent plus s'ils sont trop ou pas assez sévères.

Quels sont les éléments clés de l'évaluation ?**L'évaluation d'un symptôme**

d'agressivité comprend les points suivants :

- ☉ S'agit-il de comportements agressifs maîtrisés ou réactifs ? (tableau I)
- ☉ S'agit-il d'un symptôme nouveau ou ancien ? (tableau II)
- ☉ Quelle est l'intensité et la fréquence du symptôme ?
- ☉ L'enfant présente-t-il un trouble psychiatrique associé ?

Intensité et fréquence du symptôme

Il est nécessaire d'évaluer la gravité des crises de rage si elles sont présentes. Il est parfois surprenant de constater la grande tolérance de certains milieux ou au contraire la dramatisation de certains comportements qui nous apparaissent légers ou même développementaux. Les histoires de chacun des deux parents, leurs points de vulnérabilité et les représentations de l'enfant influencent souvent grandement leur perception des crises.

Les conséquences des comportements agressifs sont souvent importantes et peuvent perturber le fonctionnement scolaire, familial, social ou les loisirs.

Repère

Durée des crises

Les pertes de maîtrise de soi durent habituellement de 10 à 20 minutes. Les crises de plusieurs heures comportent fréquemment un élément relationnel : l'enfant garde le contact avec le parent qui réagit aux propos provocants de l'enfant, ce qui entretient la crise. Il peut être nécessaire d'explorer ces éléments relationnels comme la recherche d'attention négative par l'enfant, un modèle familial de résolution de conflits inadéquat ou un attachement désorganisé, voire un véritable trouble réactionnel de l'attachement.

Intensité des crises

L'enfant a-t-il menacé ou frappé quelqu'un ? Brisé des objets ? À qui appartenaient ces objets ? A-t-il menacé de se blesser ou de se suicider ? Un jeune qui casse son ordinateur auquel il tient durant une crise nous montre bien l'intensité et le caractère involontaire de la perte de maîtrise de soi.

Fréquence des crises

Les crises sont-elles quotidiennes, hebdomadaires ou très occasionnelles ?

Circonstances d'apparition des crises

Ce point est intéressant à évaluer parce qu'il est possiblement porteur d'avenues thérapeutiques. Si les crises sont en lien avec l'apprentissage scolaire, l'enfant a probablement besoin d'un reclassement ou de services adaptés. Y a-t-il un lien avec une anxiété pathologique ? Les crises apparaissent-elles le plus souvent à la suite d'une légère frustration ?

Y a-t-il une psychopathologie spécifique ?

Presque tous les troubles psychiatriques, neurologiques ou neurodéveloppementaux peuvent se manifester par des symptômes d'agressivité³. Les critères diagnostiques de ces différents troubles ne seront pas repris, le médecin pouvant consulter le *DSM-IV*, au besoin⁴. Seuls les points en relation avec le type d'agressivité seront élaborés.

Tableau II

Causes des comportements agressifs

	Causes possibles
Problème d'apparition récente	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Enjeux liés au stade de développement (début de l'adolescence ou amorce de la puberté) ⊗ Facteurs de stress aigus ⊗ Troubles psychiatriques ⊗ Toxicomanie
Problème de longue date	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Tempérament ⊗ Manque d'encadrement ⊗ Trouble d'opposition ⊗ Trouble des conduites ⊗ TDAH ⊗ Séquelles d'une lésion neurologique ancienne (Ex. : les antécédents de traumatisme crânien) ⊗ Troubles neurodéveloppementaux (déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement)

Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité-impulsivité (TDAH)

Les comportements agressifs surviennent classiquement après une légère frustration (un autre enfant qui cache la vue par exemple) et sont impulsifs. Les enfants atteints d'un TDAH sont souvent décrits comme aimant rendre service. Ils regrettent souvent leur geste. La comorbidité avec le trouble d'opposition est fréquente. Ce problème se traite habituellement bien par des psychostimulants⁵.

Trouble d'opposition et trouble des conduites

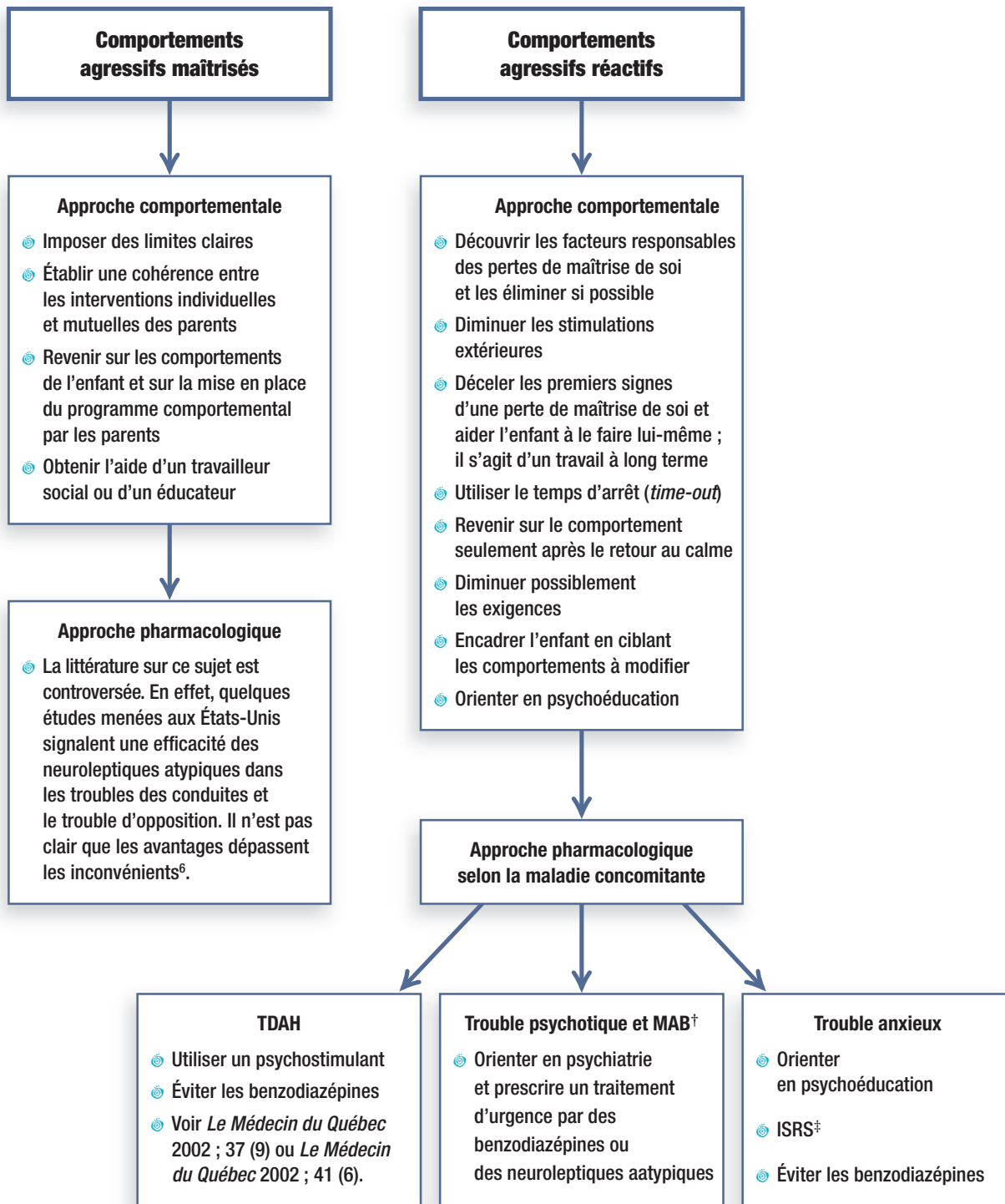
En l'absence de TDAH, l'aspect impulsif est peu présent. On note habituellement une grande difficulté à reconnaître ses torts. Les comportements agressifs peuvent être planifiés et répondent rarement au traitement médicamenteux. Toutefois, des études plus récentes parlent d'une certaine efficacité des neuroleptiques chez

Presque tous les troubles psychiatriques, neurologiques ou neurodéveloppementaux peuvent se manifester par des symptômes d'agressivité.

Repère

Figure

Découvrir et traiter le type d'agressivité



* TDAH : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité †MAB : maladie affective biliaire
‡Si vous prescrivez des ISRS, surveillez l'apparition de symptômes d'agitation avec comportements d'automutilation.

les enfants ayant des troubles des conduites, ce qui n'est pas admis de façon générale⁶. On recommande habituellement d'abord une approche psychosociale et des mesures classiques d'encadrement.

Trouble anxieux et trouble obsessionnel compulsif

Il y a souvent corrélation entre l'apparition des comportements agressifs et une situation anxieuse nouvelle ou des peurs irraisonnées. Un enfant très jeune, par exemple, pourra faire des crises intenses de colère au moment où sa mère le prépare pour aller à la garderie. L'adolescent, quant à lui, pourra avoir des comportements agressifs lorsqu'il doit faire face à des enjeux sociaux qui lui font peur.

On peut également retrouver cette corrélation entre l'apparition de comportements agressifs et une impossibilité d'exécuter un rituel ou une compulsion. Plus l'enfant est jeune, plus le trouble anxieux s'exprimera par des comportements agressifs.

Trouble de l'humeur

Généralement, il y a une rupture de fonctionnement bien circonscrite dans le temps. Les antécédents familiaux sont souvent positifs, et l'enfant ou l'adolescent présente des symptômes répertoriés dans le *DSM-IV*^{4,7}.

Trouble psychotique

Les comportements agressifs revêtent souvent un caractère imprévisible et incompréhensible. Il y a habituellement rupture marquée du fonctionnement et présence de symptômes psychotiques précis.

Syndrome de Gilles de la Tourette

L'agressivité décrite chez les patients ayant reçu un diagnostic de syndrome de Gilles de la Tourette est surtout en lien avec des diagnostics associés, surtout le TDAH et les troubles anxieux. L'absence de corrélation avec la gravité des tics est bien démontrée⁸.

Déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement

L'agressivité est souvent présente depuis longtemps, mais peut augmenter avec l'âge. Il faut, de plus, prendre en considération le fait que le milieu environnant devient moins tolérant parce que l'enfant est plus fort et que ses comportements inacceptables sont de moins en moins tolérés en société. L'amorce de la puberté est souvent très difficile.

Épilepsie

Les conduites agressives liées à l'épilepsie sont divisées en agressions ictales, postictales et interictales. Celles qui sont liées aux périodes ictales et postictales sont rares, ne sont pas dirigées ni intentionnelles et s'accompagnent généralement de symptômes de confusion⁹. Par contre, on rencontre souvent des enfants présentant des symptômes de trouble de comportement avec ou sans crises de rage liées à une atteinte neurologique fruste (Ex. : des séquelles d'un traumatisme crânien ou d'une grande prématurité). Ces enfants ont souvent un trouble épileptique associé. Les comportements agressifs seraient plus fréquents chez les épileptiques, mais seraient plutôt associés à l'épilepsie et non causés par celle-ci.

Delirium

Les conduites agressives ne sont pas dirigées ni intentionnelles. La prise de médicaments et des mesures thérapeutiques (comme diminuer les stimulations, donner des points de repère et possiblement utiliser temporairement des contraintes physiques pour éviter que le jeune ne se blesse) sont souvent nécessaires¹⁰.

Toxicomanie

Les symptômes de toxicomanie varieront avec le type de substances consommées. Il est important de se rappeler que les conduites agressives ne surviennent pas seulement au moment où l'adolescent est sous l'effet de la drogue. La toxicomanie peut mener à une augmentation des comportements agressifs et

Une approche comportementale devrait être tentée avant une approche pharmacologique, que l'enfant présente des comportements agressifs maîtrisés ou réactifs.

Repère

des difficultés de garder la maîtrise de soi entre les périodes de consommation (voir l'article du Dr Jamouille dans le présent numéro).

Trouble de relation parent-enfant

Les comportements agressifs et les crises de rage, même intenses, peuvent survenir en l'absence d'un trouble psychiatrique précis. Les relations familiales tendues, souvent présentes depuis longtemps et exacerbées par un facteur de stress ou par l'entrée dans l'adolescence, sont souvent difficiles à évaluer. Elles prennent origine dans les histoires personnelles de chacun des parents, les représentations de l'enfant, son tempérament et les expériences précoces de la vie.

Comment s'articule le traitement des comportements agressifs ?

Le traitement des comportements agressifs est bien sûr multimodal. Pour simplifier, deux volets plus particuliers du traitement seront abordés, soit le volet comportemental et le volet psychopharmacologique.

Approche comportementale

Une approche comportementale devrait toujours être tentée avant une approche pharmacologique¹¹, mais elle sera différente selon que l'enfant présente des comportements agressifs maîtrisés ou réactifs. Si les comportements maîtrisés dominent, comme dans le trouble des conduites ou le trouble d'opposition avec provocation, un encadrement ferme et cohérent est recommandé. Il faut donc souvent travailler avec les parents et possiblement avec l'école pour améliorer la cohérence chez le parent, entre les deux parents ou entre les parents et l'école. De plus, il est souvent nécessaire de « revenir » sur les comportements non désirés, et ce, le plus rapidement possible après qu'ils se soient produits. L'approche comportementale vise également le renforcement des bons comportements et l'ignorance des mauvais comportements ou leurs sanctions. Les parents auront parfois besoin de l'aide d'un travailleur social ou même d'un éducateur à domicile pour maintenir leurs nouvelles attitudes face à l'enfant et pour cibler et hiérarchiser les comportements à améliorer.

De façon générale, ces principes comportementaux demeurent fort utiles. Toutefois, pour les enfants présentant des troubles d'agressivité réactive, il faut sou-

vent adapter l'approche éducative pour éviter que l'enfant ou l'adolescent ne vive des échecs en lien avec des attentes trop élevées. L'enfant incapable de se maîtriser peut présenter de plus en plus de comportements agressifs si une approche trop rigide est adoptée. Il devient plus conscient de ses manques et développe une image négative de lui-même, ce qui peut exacerber ses difficultés. Les parents, de leur côté, se voient comme plus ou moins incompetents, développent une image négative de leur enfant et d'eux-mêmes comme parents.

Quelques suggestions d'approche comportementale³

Modifier la perception des parents concernant leur enfant

La première étape de la gestion comportementale auprès des parents ou des éducateurs sera de modifier leur perception de l'enfant, c'est-à-dire de leur faire comprendre que l'enfant ne peut pas se maîtriser et non qu'il ne veut pas. Les parents ont souvent un deuil à faire au sujet de leurs attentes face à leur enfant. Leurs exigences seront progressivement modifiées, sans pour autant qu'on cesse toute exigence ni qu'on excuse tout comportement déviant.

Réaménager l'environnement

Il est souvent nécessaire de réaménager l'environnement de l'enfant, par exemple en évitant les situations où l'enfant est trop stimulé, en donnant plus de rétroaction et en favorisant les renforcements positifs. Les comportements à améliorer doivent être ciblés, c'est-à-dire qu'il est souvent inutile d'espérer une amélioration générale.

Gérer les pertes de maîtrise de soi ou « crises de rage »

Les pertes de maîtrise de soi sont difficiles à gérer. Il est souvent nécessaire de découvrir les facteurs pouvant les provoquer, d'apprendre à l'enfant à déceler les premiers signes de perte de maîtrise et de trouver avec lui des façons de l'aider à retrouver son calme. Un tel apprentissage se fera à long terme. L'utilisation du *time-out* est souvent essentielle. Elle peut être expliquée et planifiée avec l'enfant lorsqu'il est calme. Le parent conviendra avec ce dernier d'un signe ou mot d'ordre l'invitant à se retirer lorsqu'il note les

premiers signes de tension menant habituellement à une perte de maîtrise de soi. Lorsqu'il est seul, l'enfant arrivera habituellement à se calmer au bout de 5 à 15 minutes. Les retours sur la situation ayant provoqué la crise de colère sont souvent délicats. Les enfants tirent, en général, profit d'une rétroaction immédiate qui doit, toutefois, avoir lieu uniquement lorsque l'enfant a retrouvé son calme, parfois le lendemain seulement^{2,6}.

Il est parfois nécessaire de faire appel aux centres jeunesse, quel que soit le type d'agressivité présenté par l'enfant, si l'intensité des comportements le justifie (Ex. : si l'adolescent frappe son parent).

Sur le plan pharmacologique, il n'existe pas de molécule spécifique contre l'agressivité. À peu près tous les psychotropes (neuroleptiques, ISRS, anticonvulsivants, stabilisateurs de l'humeur, bêtabloquants, agents alpha-adrénergiques, benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques, etc.) ont été décrits comme étant possiblement efficaces. Ces données ne proviennent pas d'études avec groupes témoins, mais plutôt de cas signalés (*case report*). Il y a encore peu d'études rigoureuses sur le sujet¹².

Particularités des autres molécules

Psychostimulants

Des centaines d'études contrôlées menées sur des psychostimulants ont établi l'efficacité des psychostimulants dans le TDAH, autant sur le plan du rendement scolaire que sur celui des relations sociales. De plus, les stimulants se sont révélés efficaces chez les enfants souffrant de TDAH avec agressivité¹³.

Neuroleptiques

Les neuroleptiques de seconde génération, tels que la rispéridone, sont de plus en plus prescrits aux enfants et aux adolescents. Ils ont d'abord été utilisés chez les patients (adultes et adolescents) présentant des troubles psychiatriques graves, tels que la schizophrénie ou la maladie affective bipolaire avec symptômes psychotiques. Leur utilisation a rapidement remplacé celle des neuroleptiques de première génération comme l'halopéridol ou le pimozide en raison du moindre risque d'effets indésirables neurologiques, comme la dystonie aiguë ou la dyskésie tardive. Il est important de se rappeler qu'ils présentent, malgré tout des effets indésirables potentiellement impor-

Encadré

Principes de base du traitement de l'agressivité

- ☉ Bien évaluer le problème
- ☉ Commencer l'intervention par des mesures psychosociales, psychothérapeutiques ou psychoéducatives
- ☉ Utiliser ensuite des molécules reconnues pour un problème spécifique
- ☉ Commencer par la dose la plus faible possible
- ☉ Offrir un suivi approprié
- ☉ Surveiller les effets indésirables possibles¹⁰
- ☉ Transférer aux spécialistes, au besoin

tants, comme le gain pondéral avec toutes les répercussions possibles sur l'estime de soi du jeune et les anomalies glycémiques et lipidiques^{11,14,15}.

La rispéridone est de plus en plus utilisée chez les enfants et les adolescents présentant des comportements agressifs réactifs, plus particulièrement chez les jeunes atteints du syndrome de Gilles de la Tourette puisqu'elle est un antitic puissant. Elle est relativement utile pour traiter les pertes de maîtrise de soi, mais ne devrait pas remplacer une intervention éducative ou une approche visant à régler des difficultés relationnelles. En mettant de côté l'intervention comportementale, le médecin risque de faire face à une augmentation des doses avec tous les effets secondaires qui s'y rattachent.

Anticonvulsivants

L'utilisation d'anticonvulsivants dans le traitement de l'agressivité fait partie de l'algorithme de traitement généralement accepté. Toutefois, cette possibilité ne constitue pas le premier choix. Dans le TDAH avec agressivité, par exemple, le traitement par un anticonvulsivant est généralement considéré après les psychostimulants, le traitement comportemental et l'essai infructueux d'un neuroleptique. Des études comportant un petit nombre de patients avec groupe témoin ont établi une certaine efficacité de la carbamazépine et de l'acide valproïque sur différents paramètres. Une évaluation pédopsychiatrique est toutefois indiquée pour évaluer les autres facteurs ou diagnostics possiblement contributifs.

Alpha-agonistes : clonidine

La clonidine est d'abord un antihypertenseur. Son utilisation est reconnue pour le traitement de première intention des tics d'intensité légère à modérée¹⁶. Elle s'est révélée efficace dans des études non contrôlées sur l'hyperactivité, l'agressivité et les pertes de maîtrise de soi. Il ne s'agit pas, toutefois, d'un premier choix. Il est à noter que la clonidine est souvent prescrite au coucher pour contrer les difficultés d'endormissement liées à l'utilisation du méthylphénidate¹⁷. Chez les patients ayant un TDAH et des tics, la combinaison méthylphénidate-clonidine s'est avérée supérieure au méthylphénidate seul¹⁸. On recommande un ECG avant et après stabilisation des doses, une augmentation graduelle des doses avec surveillance des effets indésirables possibles (hypotension et somnolence) et un sevrage progressif à l'arrêt en raison de la possibilité d'hypertension de rebond.

Naltrexone

Dans quelques cas (*case report*), une certaine efficacité du naltrexone contre les comportements agressifs d'automutilation a été signalée. La littérature à ce sujet est controversée. L'efficacité s'expliquerait par le renforcement lié à la sécrétion d'endorphines provoquée par la douleur associée aux comportements d'automutilation. Les cas dont il est question portent surtout sur les enfants avec déficience intellectuelle ou autisme¹⁹.

Revenons aux cas de Kevin, Alexandre et Tristan.

Kevin

Kevin présente un TDAH. Il a souvent de la difficulté à maîtriser ses comportements agressifs. Généralement, l'agressivité s'explique par l'impulsivité de l'enfant. Il peut y avoir, en plus, des pertes de maîtrise de soi, comme chez Kevin. Sur le plan thérapeutique, les parents apprécient généralement recevoir des renseignements sur le TDAH, l'approche comportementale et des suggestions de lecture. Sur le plan du comportement, il est important d'enseigner aux parents d'éviter de négocier avec leur fils et d'utiliser plutôt la technique du temps d'arrêt ou time-out. Avec les enfants motivés, on peut convenir d'un signal qui sera envoyé par le parent lorsque ce dernier croit qu'il a besoin d'aller se reposer dans un endroit calme. L'aspect « impulsivité » pourrait être traité par des psychostimulants. L'aide d'un psychoéducateur est parfois nécessaire.

Alexandre

Alexandre présente possiblement un trouble d'opposition avec provocation. Il est nécessaire de pousser l'évaluation pour s'en assurer. Néanmoins, il ne s'agit pas de l'élément le plus important. Alexandre correspond un peu à ce qu'on appelle l'enfant-roi. Il est urgent de travailler avec les parents à l'établissement de limites claires avant que son comportement ne devienne impossible à corriger. Il n'y a pas d'indication de traitement pharmacologique, mais il y a indication d'une intervention psychoéducative auprès des parents. Une intervention psychothérapeutique pourrait être nécessaire si des aspects transgénérationnels ou systémiques entrent en jeu.

Tristan

Tristan présente possiblement un trouble psychiatrique aigu en raison de la rupture de fonctionnement et de la bizarrerie du geste agressif posé. Il est essentiel de pousser l'évaluation pour confirmer ou éliminer ce diagnostic possible, en recherchant les symptômes d'un trouble psychotique aigu, c'est-à-dire des idées délirantes, des hallucinations, des troubles de la pensée, etc. ☞

Date de réception : 20 octobre 2006

Date d'acceptation : 10 janvier 2007

Mots-clés : agressivité, perte de maîtrise de soi, crise de rage, enfant

La D^{re} Geneviève Tellier n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Vitiello B, Stoff DM. Subtypes of aggression and their relevance to child psychiatry. (Review) *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 : 307-15.
2. Greene RW. *The explosive child. A new approach for understanding and parenting easily frustrated, "chronically inflexible" children.* 1^{re} éd. New York : HarperCollins Publishers; 1998.
3. Frazier JA. Aggression and agitation. Dans : Martin A, Scahill L, Charney DS et coll., rédacteurs. *Pediatric psychopharmacology principles and practice.* New York : Oxford University Press; 2003.
4. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 4^e éd. (Version internationale, Washington DC, 1995).
5. Auteurs multiples. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. *Le Médecin du Québec* 2002; 37 (9) : 37-83.
6. Findling RL, McNamara NK, Branicky LA et coll. A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 (4) : 509-16.
7. Maranda F. L'omnipraticien et les troubles de l'humeur à l'adolescence. *Le Médecin du Québec* 2003; 38 (8) : 55-9.
8. Budman CL, Bruun RD, Park KS et coll. Rage attacks in children

and adolescents with Tourette's disorder. A pilot study. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (11): 576-80.

9. Treiman DM. Psychobiology of ictal aggression [Revue]. *Adv Neurol* 1991; 55: 341-56
10. Barkley RA. *Taking Charge of ADHD. The Complete, Authoritative Guide for Parents. Revised Edition.* New York: Guilford Press; 2005.
11. Pappadopulos E, Macintyre JC, Crismon ML et coll. Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42 (2): 132-44.
12. Croonenberghs J, Findling RL, Reyes M. Antipsychotics in disruptive behaviour disorders and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44 (10): 970-1.
13. Hinshaw SP. Stimulant medication in the treatment of aggression in children with attentional deficits. *J Clin Child Psychol* 1991; 12: 301-12.
14. Pappadopulos E, Macintyre JC, Crismon ML. Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAY). Part II. *J Am Acad Child Psychiatry* 2003; 42 (2): 145-61.
15. Marder SR, Essock SM, Miller AL et coll. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161 (8): 1334-49.
16. Cohen DJ, Young G, Nathanson A et coll. Clonidine in Tourette's syndrome. *Lancet* 1979; 2: 551-3.
17. Wilens TE, Biederman J, Spencer T. Clonidine for sleep disturbances associated with attention-deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc*

Summary

Aggressiveness in Children and Adolescents. Aggressiveness is a symptom that often justifies medical or psychosocial evaluations. Its many etiological factors may include environmental stress, difficult parent-child relationships which may stem from either the child personality or from the parents' past history, physical pathologies in a mentally handicapped patient or psychiatric conditions. A step-by-step evaluating method is suggested. Behavioral and pharmacological therapy can be adapted to the type of aggressiveness and its etiology.

Keywords: aggressiveness, loss of control, temper tantrum, child

Psychiatry 1994; 33 (3): 424-6.

18. The Tourette's Syndrome Study Group. Treatment of ADHD in children with Tourette's Syndrome: a randomized controlled trial. *Neurology* 2002; 58 (4): 527-36.
19. Sandman CA, Hetrick W, Taylor DV et coll. Long-term effects of naltrexone on self-injurious behaviour. *Am J Ment Retard* 2000; 105 (2): 103-17.