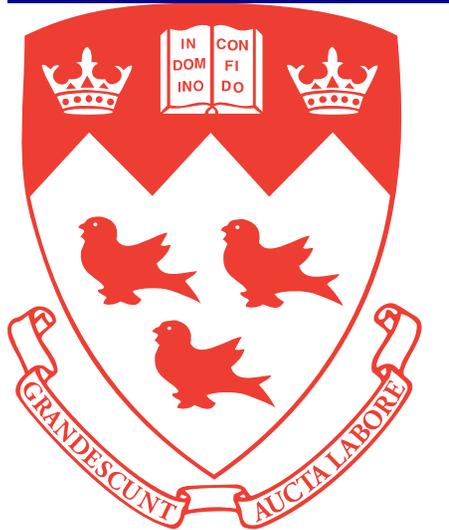


Évaluation de la dangerosité



Martin Gignac, MD, FRCPC

Psychiatre d'enfants et d'adolescents

Psychiatre légiste

Professeur agrégé de clinique

Université McGill

Université de Montréal

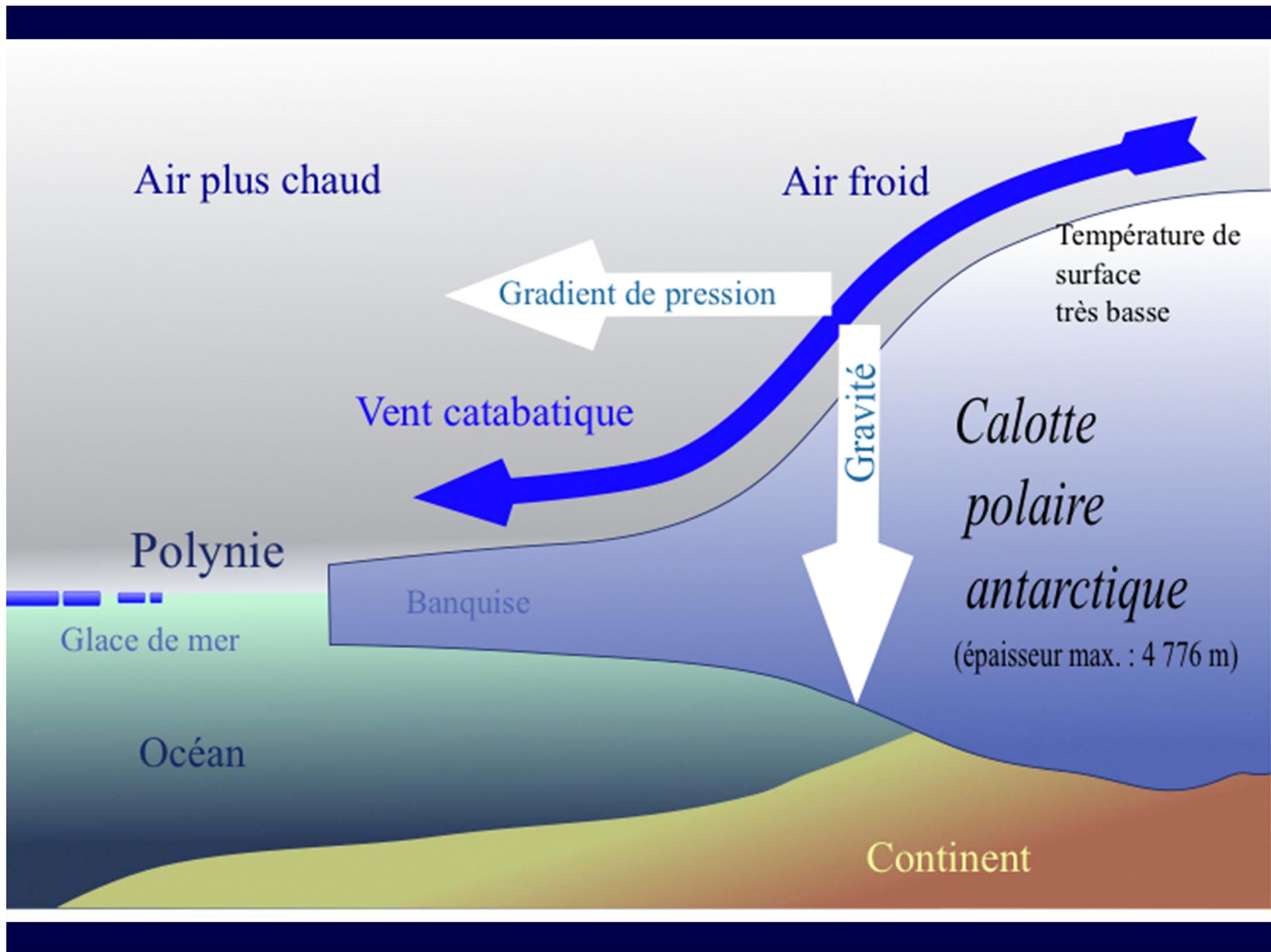


Conflit d'intérêt potentiel

- Shire-Takeda
- Janssen
- Prudue-Elvium

Objectifs d'apprentissage

- **Discuter de l'évaluation du risque**
- **Reconnaître les défis diagnostiques du trouble des conduites et des comorbidités**
- **Discuter des interventions**



SAVRY

Systematic assesment of violence risk
in youth

Continent=History (static)

- **History of Violence**
- **History of Nonviolent Offending**
- **Early Initiation of Violence**
- **Past Supervision / Intervention Failures**
- **History of Self-Harm or Suicide Attempts**
- **Exposure to Violence in the Home.**
- **Childhood History of Maltreatment**
- **Parental / Caregiver Criminality**
- **Early Caregiver Disruption**
- **Poor School Achievement**

Season=Social factors (dynamic)

- **Peer Delinquency**
- **Peer Rejection**
- **Stress and Poor Coping**
- **Poor Parental Management**
- **Lack of Personal / Social Support**
- **Community Disorganization**

Altitude=Individual Factors (dynamic)

- **Negative Attitudes**
- **Risk Taking / Impulsivity**
- **Substance-Use Difficulties**
- **Anger Management Problems**
- **Low Empathy / Remorse**
- **Attention Deficit / Hyperactivity Difficulties**
- **Poor Compliance**
- **Low Interest / Commitment to School**

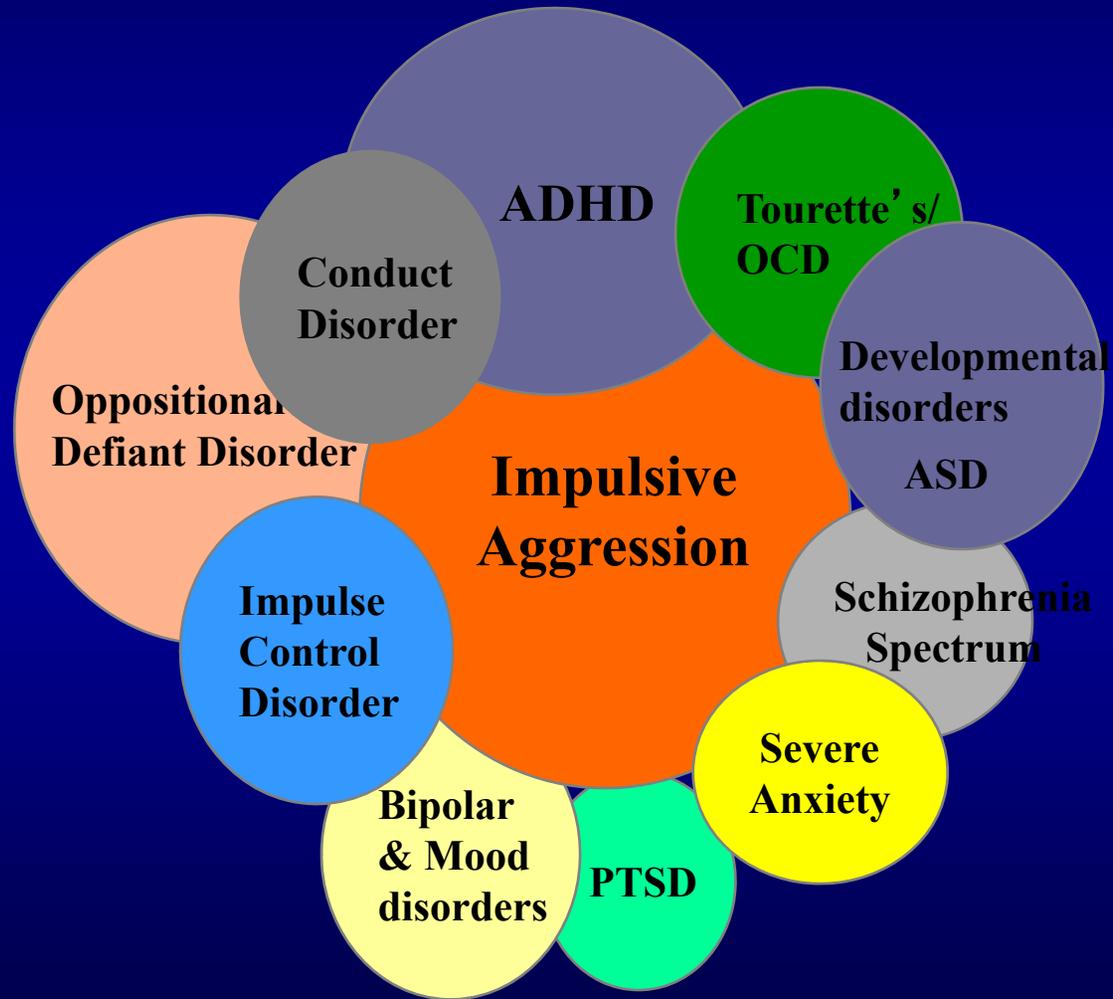
Trouble des comportements, troubles des conduites



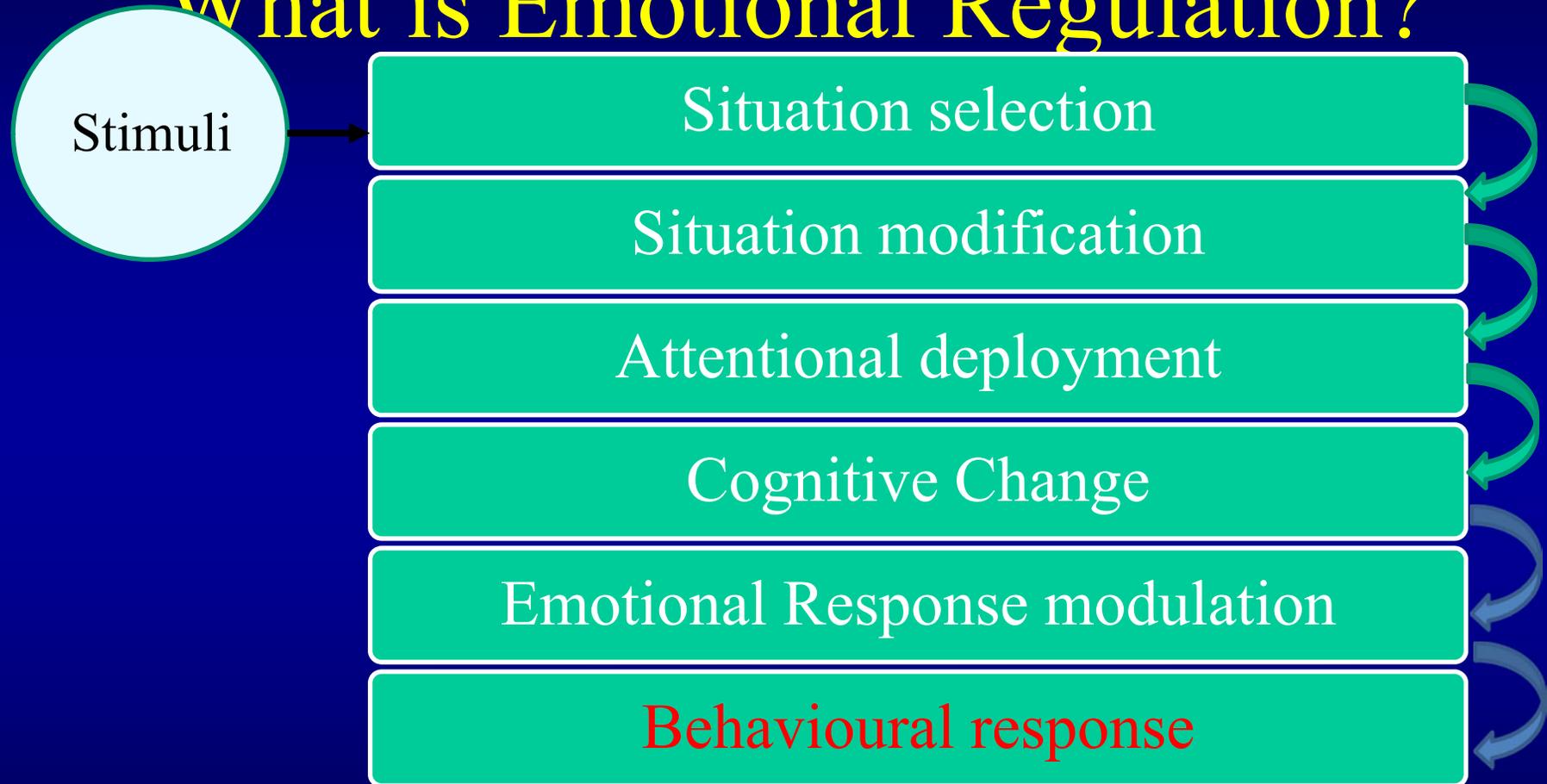
Troubles sévères de comportement

- Entité clinique: vague et hétérogène
- Aggressivité et irritabilité:
 - Sx retrouvés a/n plusieurs dx
 - Exemple: mal de gorge
 - Sensibilité élevée pour le strep
 - Specificité basse (la plupart des maux de gorge ne sont pas des strep)

Aggressivité-Impulsivité



What is Emotional Regulation?

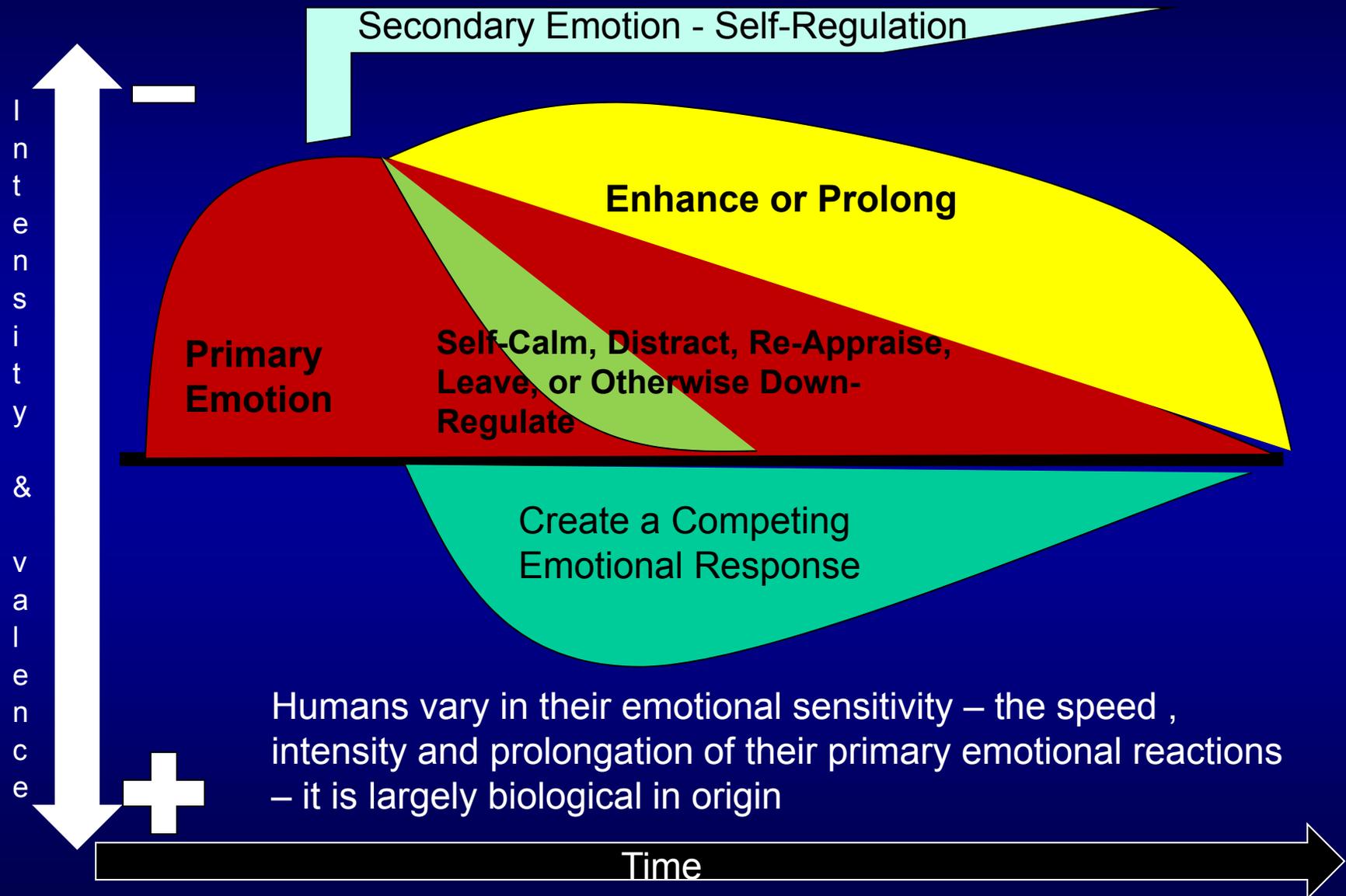


Koole, S. L. et al. (2010). *Handbook of Self-Regulation (2nd Ed.)* (pp. 22-40). New York: Guilford.

Gross, J. J. (1998). *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

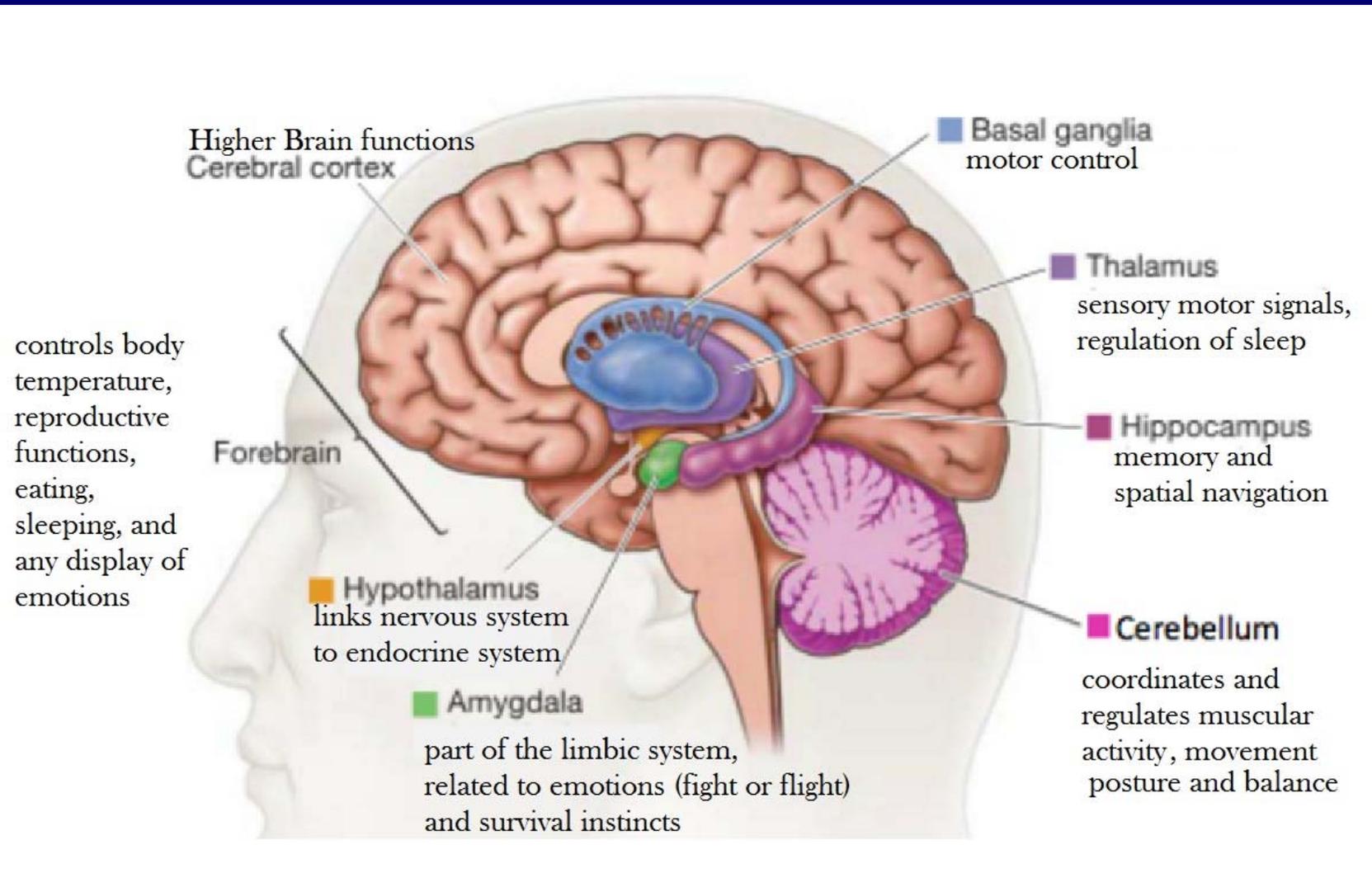
Gross, J. J. & John, O. P. (2003). *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362

Two Stage Model of Human Emotion



Adapted from Figure 2.1, Koole, S. L. et al. (2011). The self-regulation of emotion. In K. Vohs & R. Baumeister (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (2nd ed.) (pp. 22-40). New York: Guilford Press.

Amygdala et Régulation émotionnelle



Trouble oppositionnel avec provocation

Critères DSM-5

Comportements/attitude négatifs, hostiles et provocateurs présents depuis au moins 6 mois avec présence de 4 symptômes:

Irritabilité

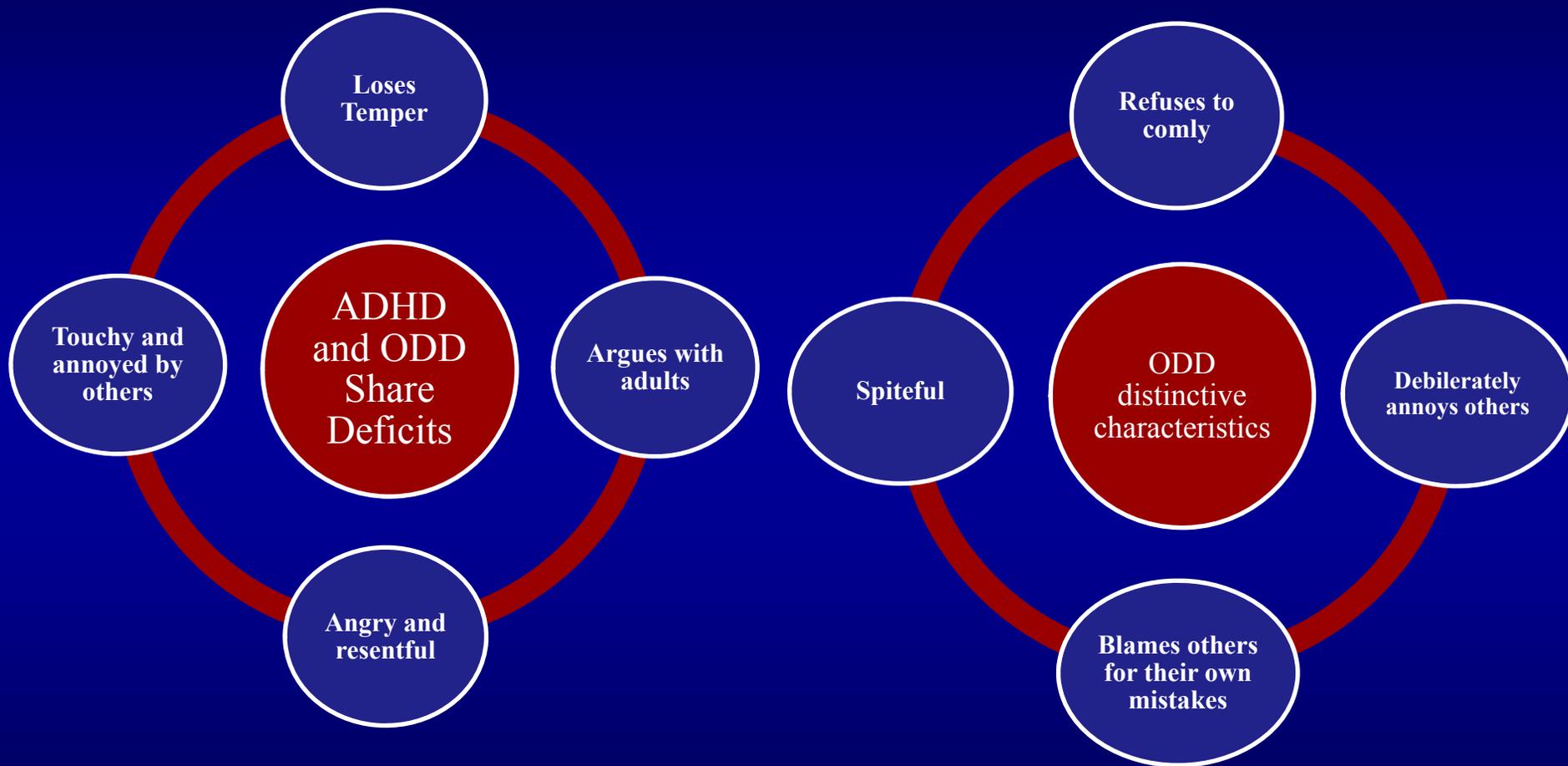
- S'emporte facilement
- Argumente avec les adultes
- Susceptible, "Soupe au lait"
- Colérique et ressentiment

Provocation

Défie ou refuse de se conformer aux règles ou demandes de l'adulte
Dérange les autres de façon délibérée
Colérique et ressentiment

Mépris

Méprisant et vindicatif



Trouble des conduites (CD): Critères DSM-5



Caractère essentiel du trouble des conduites

- Comportements répétitifs et persistents se manifestant par:
 - Violation des droits fondamentaux des individus ou
 - Violation des règles/normes sociales (généralement appropriées à l'âge développemental)

Trouble des conduites (CD): Critères DSM-5

- Au moins 3 symptômes DSM-IV au cours des 12 derniers mois
- Au moins un symptôme présent au cours des 6 derniers mois
- 15 critères:
 - Aggression personnes animaux (7)
 - Destruct. propriété (2)
 - Mensonges ou vols (3)
 - Violation des règles (3)

Trouble des conduites;



- Manifestations hétérogènes.
- Étiologies retrouvées avec trouble de comportement perturbateur:
 - inattention, hyperactivité, impulsivité
 - trouble de l'humeur (dysphorie, manie)
 - toxicomanie
 - dommages cérébraux et épilepsie
 - psychose, dissociation
 - abus physique, sexuel, émotionnel

Conduct Disorder: Traditional and Current Typology

- DSM-III¹: 2 subtypes
 - Socialized type: delinquency with a group of peers
 - Undersocialized type: delinquency without the influence of outside group
- DSM-IV²: based on age of onset
 - Suggest that the severity and chronicity of dysruptive behaviours may be predicted by the age of onset ^{3,4,5}

^{1, 2}American Psychiatric Association (1982; 1994) *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*

³ Lahey, Loeber et al. 1998, ⁴ Robbins 1994, ⁵ Tremblay, Phil et al. 1994

Conduct Disorder: Dyadic Subtypes

- Kazdin 1992:
 - Covert type
 - Overt type
- Achenbach 1991:
 - Delinquent type
 - Aggressive type
- Steiner (2005)
 - Cold profile
 - Hot profile

Conduct Disorder: Dyadic Subtypes

- Frick (1994)
 - Callous-unemotional
 - Socialized type: planning?
 - Impulse-control
 - Undersocialized type: more impulsive and more aggressive

Frick, P., B. O'Brien, et al. (1994). "Psychopathy and conduct problems in children." Journal of Abnormal Psychology 103(4): 700-707.

Conduct Disorder: Hypothesis

- Psychopathic traits:
 - Socialized type, Callous-unemotional, Covert type
Delinquent type, Cold profile
- Psychiatric traits
 - Undersocialized type, Impulse-control, Overt type,
Aggressive type, Hot profile
 - ADHD: well studied, highly associated with CD
 - Substance Use Disorder: highly prevalent, highly predictive
 - Bipolar Disorder (BPD): controversial

Trouble des conduites

- Emotions prosociales limitées (Insensible-Impassible)
- Prédicteur de violence
- Stabilité des traits
- Pauvre réponse aux interventions parentales
- Réponse peu favorable aux psychostimulants

4 domaines

- 1) Absence de culpabilité
- 2) Absence d'empatie
- 3) Peu concerné par performance
- 4) Affect superficiel

Critères du DSM-5 pour le dérèglement sévère de l'humeur

- A. Crises de colères graves et récurrentes qui se manifestent par les mots (p. ex., rage verbale) et/ou par les gestes (p. ex., agression physique envers une personne ou un bien), dont l'intensité et la durée sont déraisonnablement disproportionnées par rapport à la situation ou la provocation.
 - B. Les crises de colère ne correspondent pas au stade de développement de l'individu.
 - C. Elles surviennent, en moyenne, trois fois ou plus par semaine.
 - D. L'humeur entre les crises est colérique et irritable la majeure partie de la journée, presque tous les jours, et elle est observable par autrui (p. ex., parents, professeurs, pairs).
- Les critères A à D persistent pendant 12 mois ou plus. Pendant cette période, l'individu n'a pas passé trois mois consécutifs ou plus sans présenter tous les symptômes des critères A à D.
 - Les critères A à D se manifestent dans au moins deux des trois contextes (c.-à-d., à la maison, à l'école, avec les pairs) et sont graves dans au moins un de ces contextes.
 - Le diagnostic ne doit pas être établi la première fois avant 6 ans et après 18 ans.



AUGUST 18, 2008

THE SKINNY ON THE ANTI-FAT HORMONE

TIME

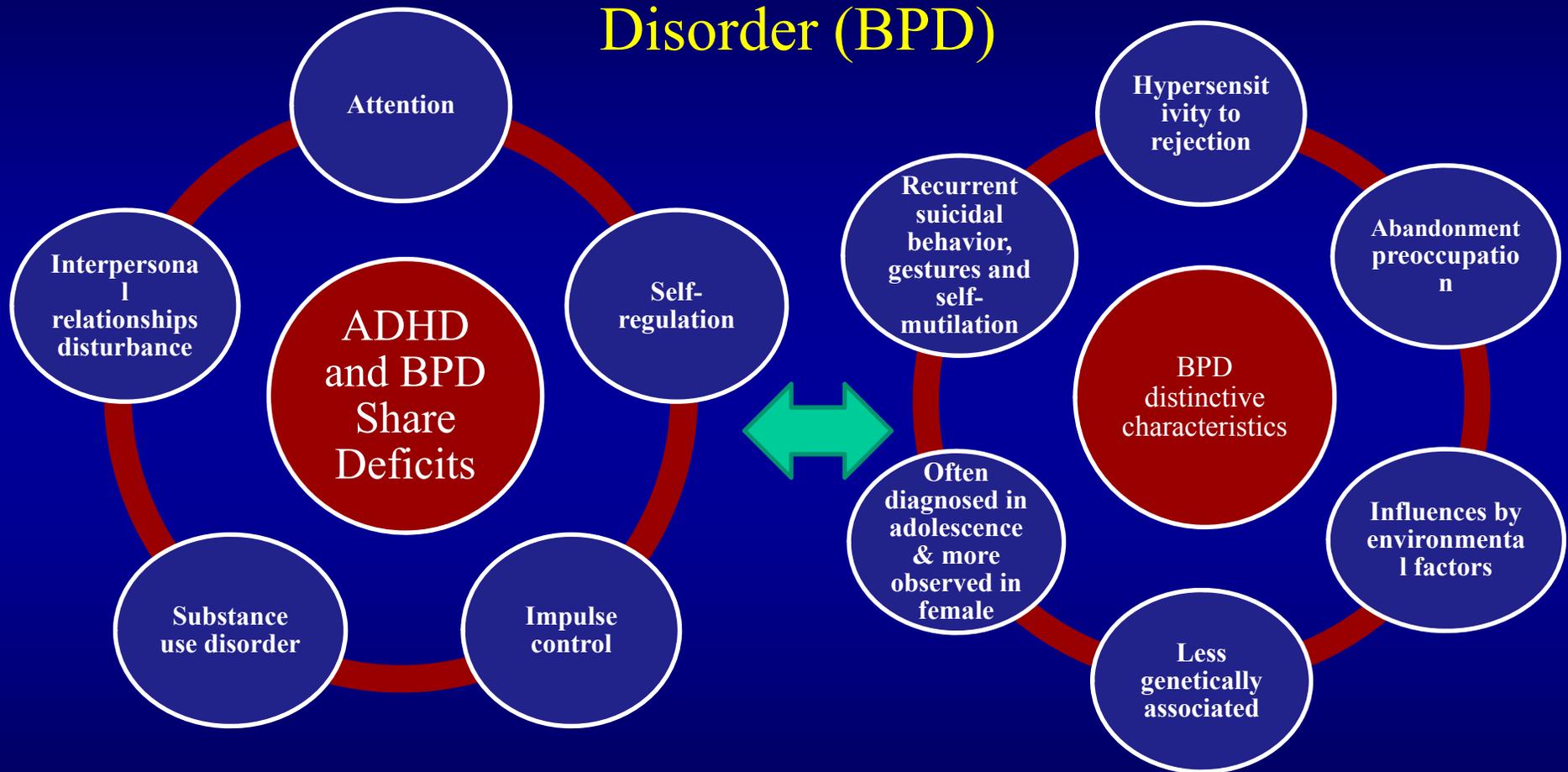
Inside the Volatile World of the
YOUNG AND BIPOLAR

Why are so many kids being diagnosed with the disorder once known as **MANIC DEPRESSION?**

Ian Palmer, 9, is being treated for bipolar disorder



Features of ADHD and Borderline Personality Disorder (BPD)



Signs of Asperger Syndrome

Aggression ??

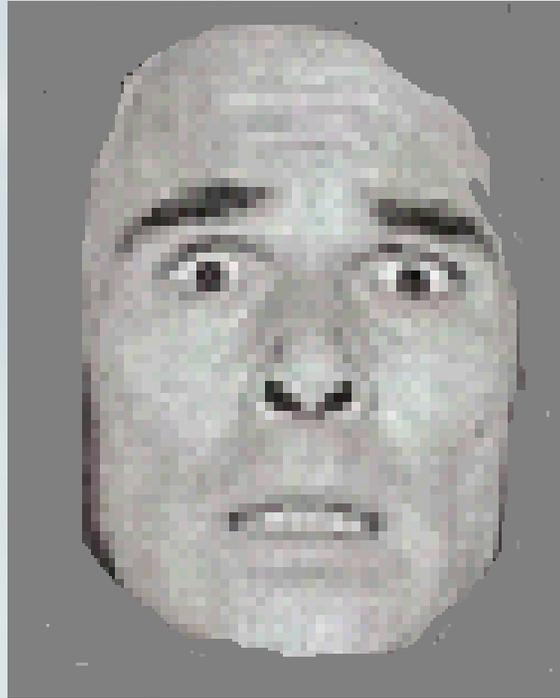
con

ic

changes in routines

empathy

repetitive behaviors



“I am not quite sure what I would call that expression, but I know that is what people look like just before you stab them”

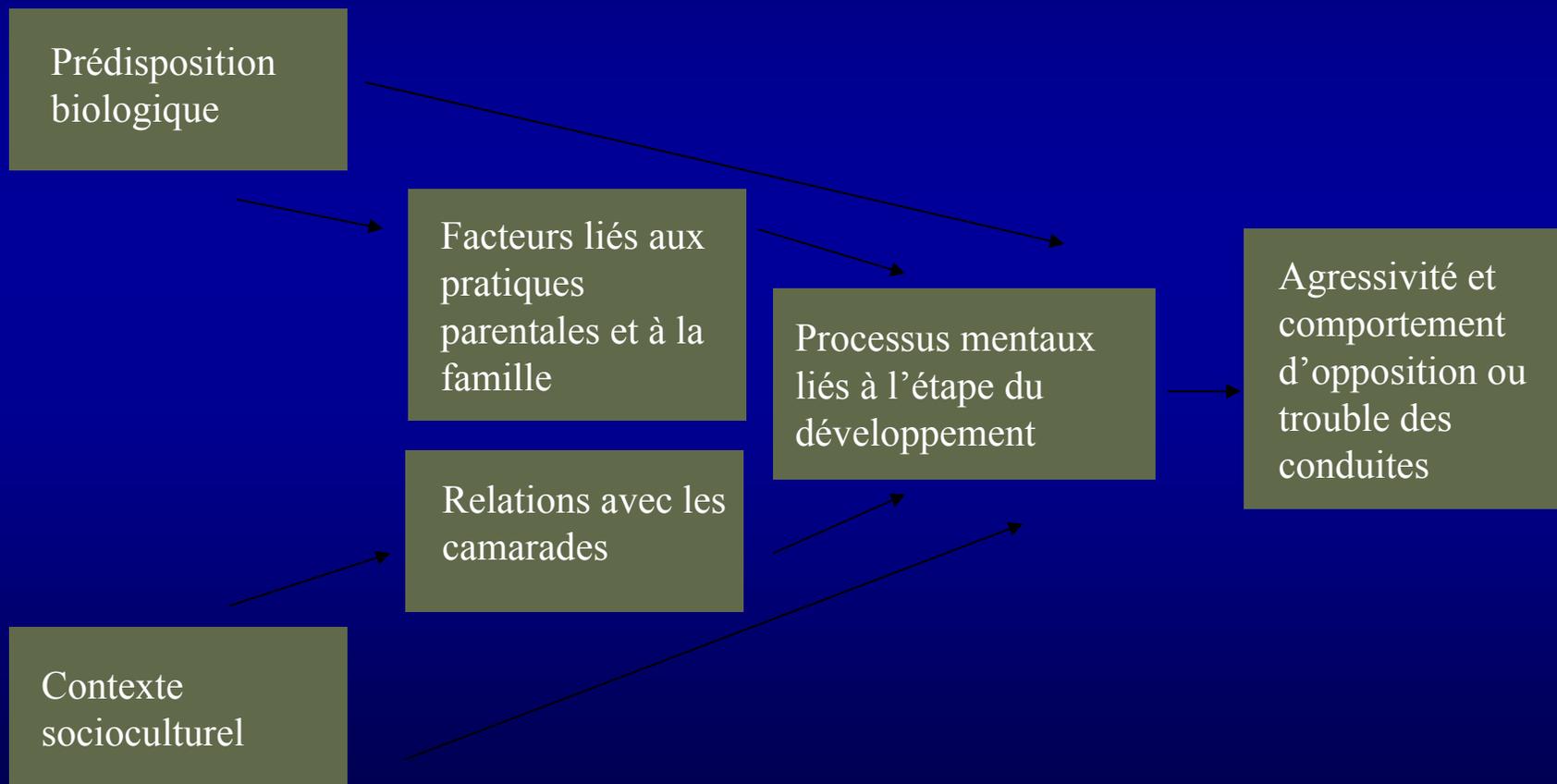


Le comportement
d'opposition,
les problèmes
de conduite
et l'agressivité
chez les jeunes

Partie 1: L'évaluation
et l'intervention psychosociale

Figure 1

Modèle biopsychosocial d'apparition de troubles des conduites chroniques



Prédisposition biologique

Facteurs de risque	Principales observations
Histoire familiale de comportement antisocial ou agressif	<ul style="list-style-type: none">• Héritabilité modérée de l'agressivité• La criminalité du père est le principal facteur de risque de délinquance chez l'enfant.
Dépression de la mère	<ul style="list-style-type: none">• Les difficultés parentales liées à la dépression s'associent à une ↑ de l'agressivité physique chez les jeunes.
Exposition à des substances psychoactives <i>in utero</i>	<ul style="list-style-type: none">• La consommation d'opiacés et de méthadone ↑ le risque de trouble des conduites dix ans plus tard.• La consommation d'alcool, de marijuana et de cigarettes ↑ le risque de trouble des conduites.

Contexte socioculturel

Violence et traumatismes dans la famille	Association faible à modérée entre le trouble d'extériorisation, la délinquance et le fait d'être témoin ou victime de violence à la maison
Déterminants sociaux	Association entre un faible revenu, une mère qui n'a pas son diplôme d'études secondaires ou un « quartier problématique » (p. ex., vente de drogue) à une agressivité physique ↑ <i>et</i> à plus long terme
Violence dans le milieu	Faible association entre la délinquance chez les jeunes et l'exposition à la violence dans le milieu (importante variation entre les études)

Relations avec les camarades

Facteurs de risque	Principales observations
Rejet des autres enfants	Association entre le rejet ou la négligence précoces et l'apparition de l'agressivité
« Formation » à la déviance	Association entre la participation des jeunes à des « conversations sur les infractions aux règles » et une ↑ du comportement antisocial

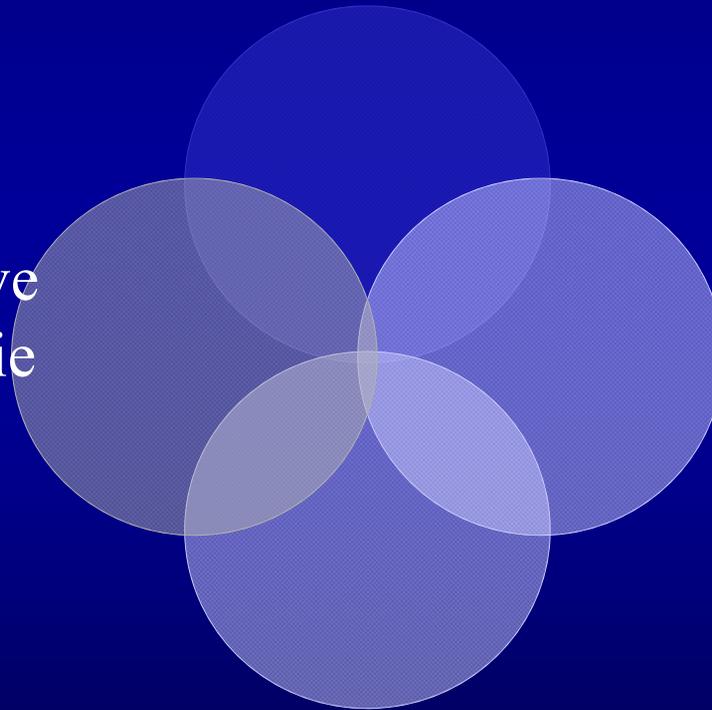
Facteurs liés aux pratiques parentales et à la famille

Facteurs de risque	Principales observations
Type de pratiques parentales	Association faible à modérée entre la délinquance et le surcontrôle psychologique (p. ex., retrait de l'affection, utilisation de la culpabilité), l'hostilité ou le rejet, une supervision ou une surveillance minimale
Trouble de l'attachement entre les parents et l'enfant	Association faible, mais statistiquement significative, entre la délinquance et l'attachement médiocre

Processus mentaux liés à l'étape du développement

Caractéristiques d'insensibilité ou de froideur, émotion prosociale limitée

Régulation affective
et psychopathologie
d'internalisation



Fonctions
exécutives
et compétences
linguistiques

Cognition sociale

Processus mentaux

Facteurs de risque	Principales observations
Caractéristiques d'insensibilité et de froideur, émotion prosociale limitée	Chez les adolescents, s'associe à une ↑ de l'agressivité réactive et proactive
Régulation affective et psychopathologie d'internalisation	<ul style="list-style-type: none">• Les enfants ayant une dysrégulation affective précoce risquent trois fois plus de respecter les critères de trouble oppositionnel avec provocation (TOP) pendant la période intermédiaire de l'enfance• Chez les enfants dirigés par une clinique, les symptômes d'internalisation contribuent à l'agressivité au-delà de l'impulsivité.
Cognition sociale	Le comportement agressif s'associe à une moins bonne perception des indices sociaux, considérés comme plus hostiles, et au choix de stratégies agressives pour obtenir les résultats souhaités.

Processus mentaux *(suite)*

Facteurs de risque	Principales observations
Fonctions exécutives	<ul style="list-style-type: none">• Les enfants de la maternelle dont le taux d'hyperactivité et d'opposition est ↑ risquent trois fois plus d'être agressifs plus tard.• La dysrégulation comportementale, la ↓ du contrôle inhibiteur, des déficits métacognitifs sont tous prédicteurs d'une agressivité ↑• Les déficits de la mémoire de travail s'associent à l'apparition de l'agressivité physique.
Capacités langagières	Les retards du langage expressif et réceptif s'associent à l'agressivité physique et à la délinquance.

Démarche d'évaluation

Qui est la source?

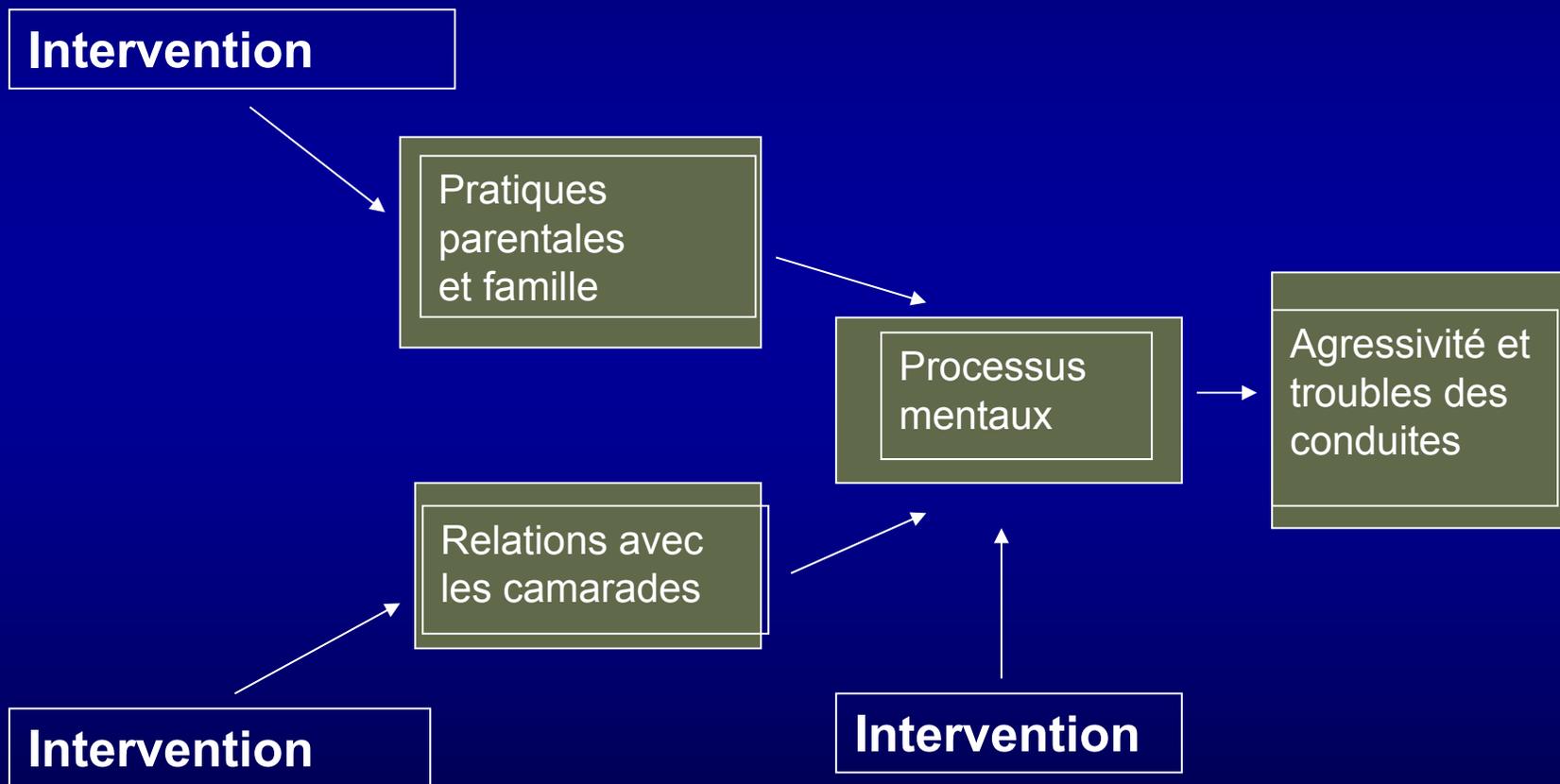
- Enfant
- Parent
- Enseignant

D'où vient l'information?

- Observation
- Entrevue ou appel téléphonique
- Questionnaire et échelle d'évaluation

Figure 2

Cibles pour les interventions cliniques



Programmes de groupe destinés aux parents

Traitement	Tranche d'âge (en années)	Ampleur de l'effet*
<i>Coping Power</i>	8 à 12	0,34 à 0,64
<i>Helping the Non-compliant Child</i>	3 à 8	0,37 à 0,69
<i>Incredible Years Parenting Program</i>	2 à 12	0,23 à 0,28
<i>Triple P</i>	4 à 12	0,50 à 2,2

*Réduction des comportements négatifs ou de l'agressivité par rapport aux sujets témoins (liste d'attente ou soins habituels)

Thérapie cognitivo-comportementale

Traitement	Tranche d'âge (en années)	Ampleur de l'effet*
<i>Coping Power</i>	8 à 12	0,34 à 0,64
<i>Dinosaur Social Skills Program</i>	3 à 6	0,38 à 0,89
<i>Parent-Child Interaction Therapy**</i>	2 à 7	0,50 à 2,2
<i>SNAP</i>	6 à 12	0,56

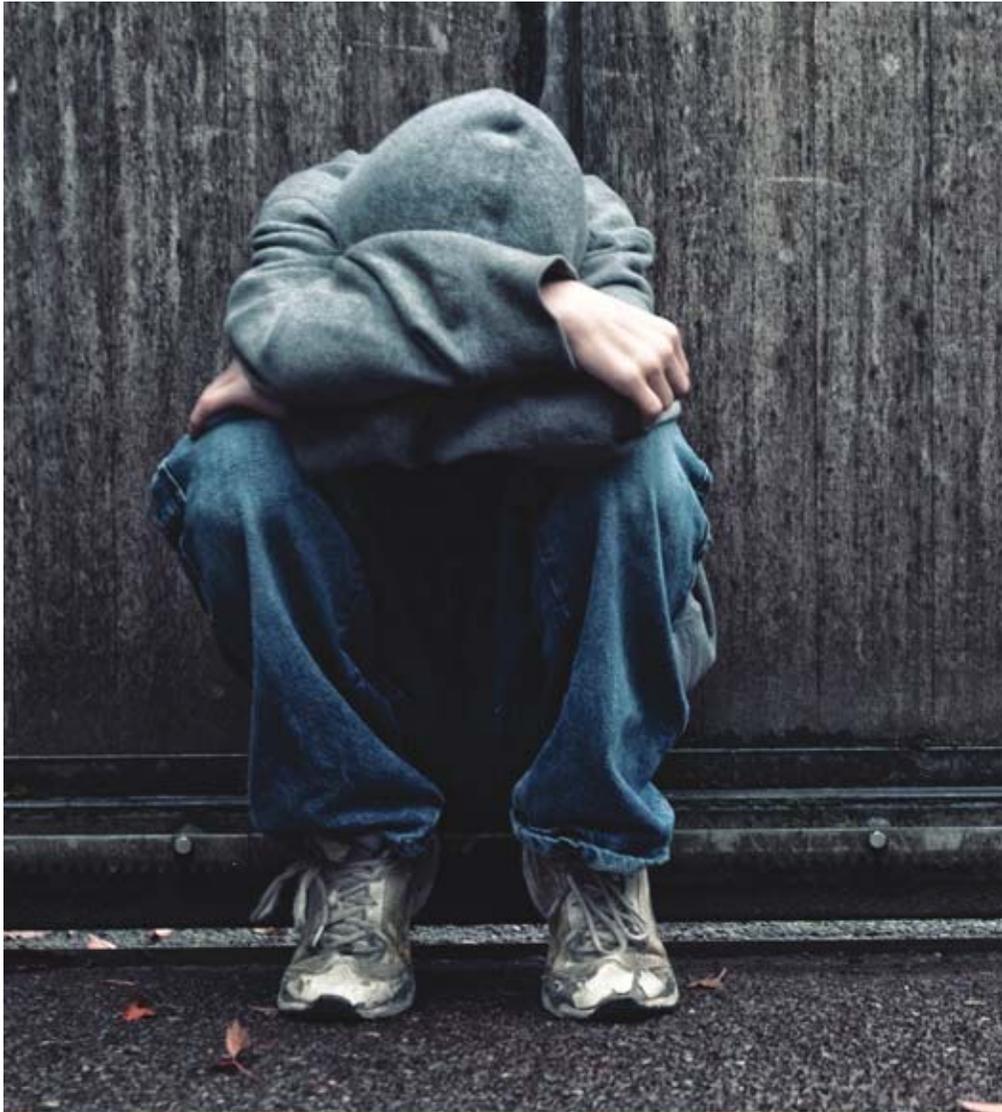
*Réduction des comportements négatifs d'agressivité par rapport aux sujets témoins (liste d'attente ou soins habituels)

**Le traitement inclut des séances conjointes avec les parents et l'enfant.

La CRJ



- Psychothérapie individuelle
- Intervention parentale CPS (R. Greene)
- Atelier de groupe: émotions et art
- TUMA (cannabis)
- Intervention pharmacologique



Le comportement d'opposition, les problèmes de conduite et l'agressivité chez les jeunes

Partie 2 : Le traitement pharmacologique des jeunes ayant
un TDAH, un TOP ou un TC

Sommaire des recommandations

- En général, essayer d'abord les médicaments pour traiter le TDAH
 - Les stimulants sont fortement recommandés.
 - En général, il faut essayer le MPH et les AMPH avant d'utiliser des médicaments d'une autre catégorie.
 - Les agonistes alpha-2 adrénergiques et l'atomoxétine sont recommandés sous certaines réserves pour traiter les comportements perturbateurs liés au TDAH, mais pas expressément l'agressivité.

Sommaire *(suite)*

- Les données sur la rispéridone sont plus en faveur du traitement des comportements perturbateurs et agressifs, quel que soit le QI du patient, chez les :
 - jeunes ayant un TOP ou un TC et un TDAH comorbide dont l'état ne s'est pas amélioré malgré des médicaments contre le TDAH.
 - jeunes ayant un TOP ou un TC sans TDAH.
- Soupeser les avantages de la rispéridone par rapport à ses importants effets secondaires.
- Des données limitées appuient l'utilisation d'autres médicaments pour traiter les comportements perturbateurs et agressifs chez les jeunes.

J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Winter; 24(1): 41–54.

Published online 2015 Mar 4.

PMCID: PMC4357333

PMID: [26336379](#)

Language: English | [French](#)

Treatment Options for the Cardinal Symptoms of Disruptive Mood Dysregulation Disorder

[Leon Tourian](#), MD, MSc,¹ [Amélie LeBoeuf](#), MD, MSc,¹ [Jean-Jacques Breton](#), MD, MSc,² [David Cohen](#), MD, PhD,³ [Martin Gignac](#), MD, FRCPC,⁴ [Réal Labelle](#), PhD,⁵ [Jean-Marc Guile](#), MD, MSc,⁶ and [Johanne Renaud](#), MD, MSc,^{FRCP1}

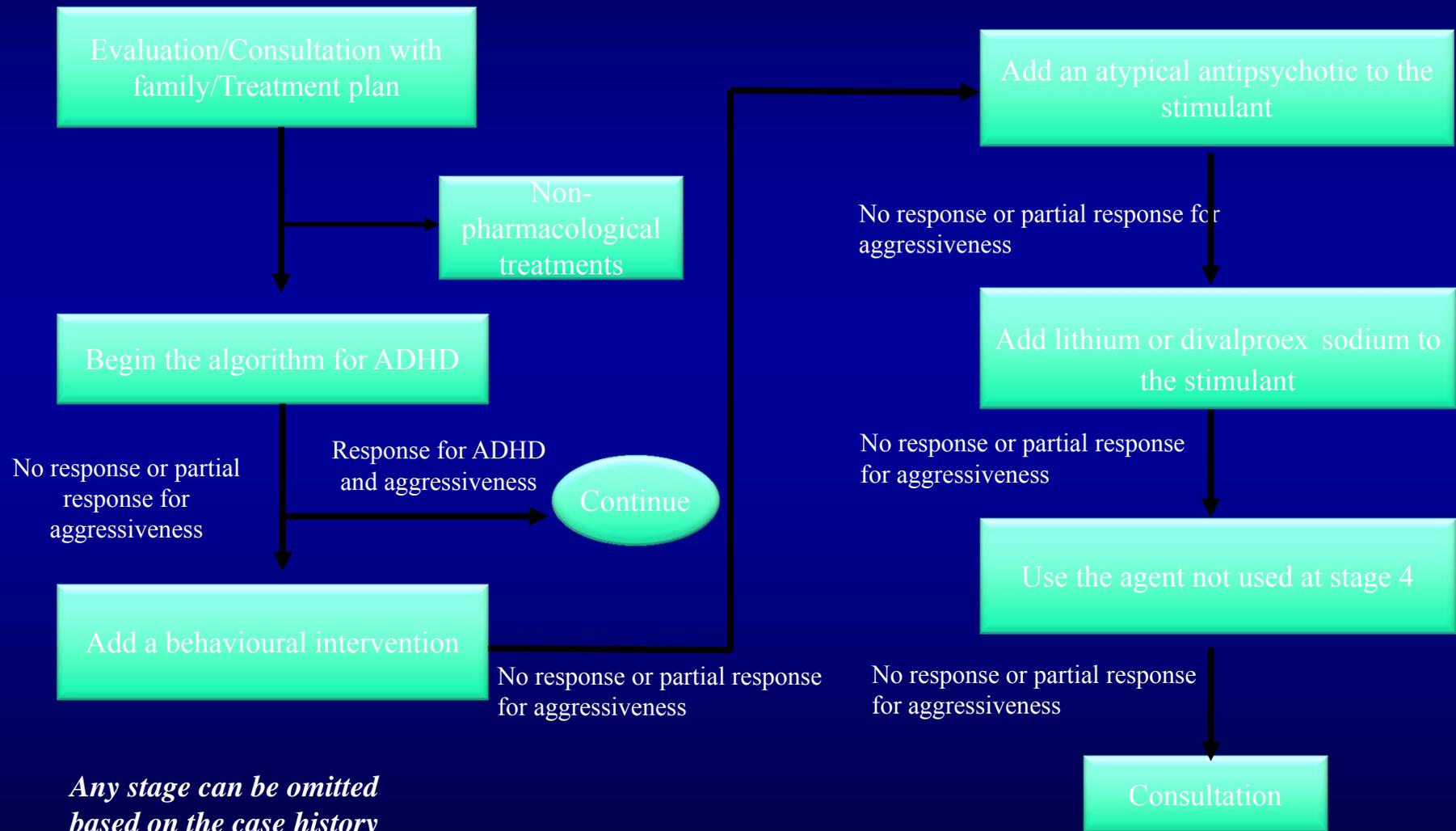
Results:

Currently there are no established guidelines or thorough reviews summarizing the treatment of DMDD. Pharmacotherapeutic treatment options of both aggression and chronic irritability include: antidepressants/selective norepinephrine reuptake inhibitors, mood stabilizers, psychostimulants, antipsychotics, and alpha-2 agonists.

Conclusion:

Treatment options of severe, persistent irritability in youth are numerous, and a consensual treatment algorithm has not yet emerged from the literature. Further studies and clinical trials are warranted to determine efficacious and safe treatment modalities.

Therapeutic approaches: ADHD and aggressiveness



Therapeutic approaches: ADHD

Any stage can be omitted based on the case history

Evaluation/
Consultation with family/
Treatment plan

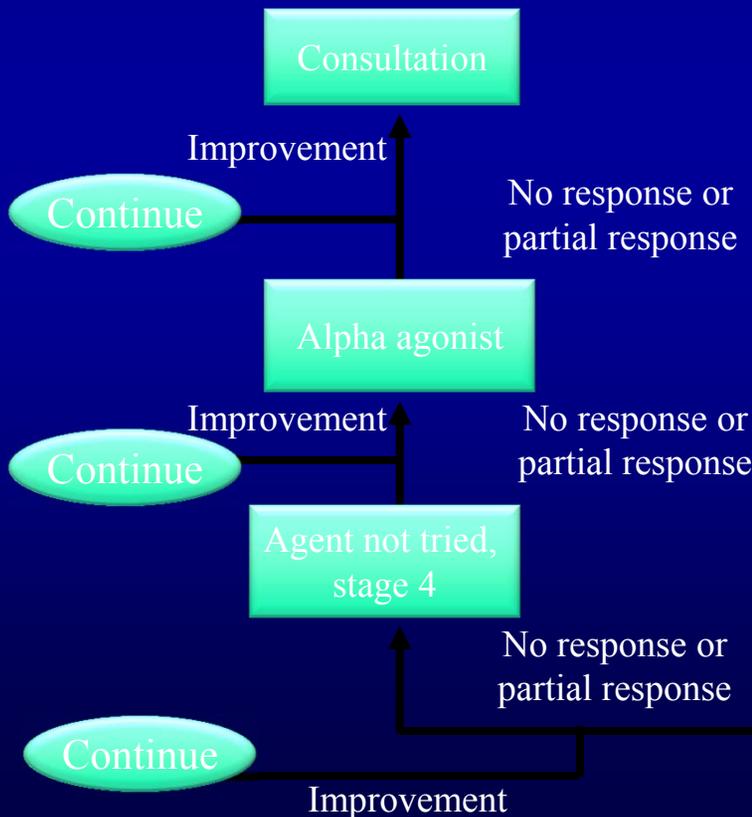
Non-pharmacological treatments

Methylphenidate
or amphetamine

Methylphenidate
or amphetamine
(stimulant not tried, stage 1)

Atomoxetine
Gunafacine XR

Bupropion or
tricyclic antidepressant (TCA)



Improvement

Continue

Improvement

Continue

Improvement

Continue

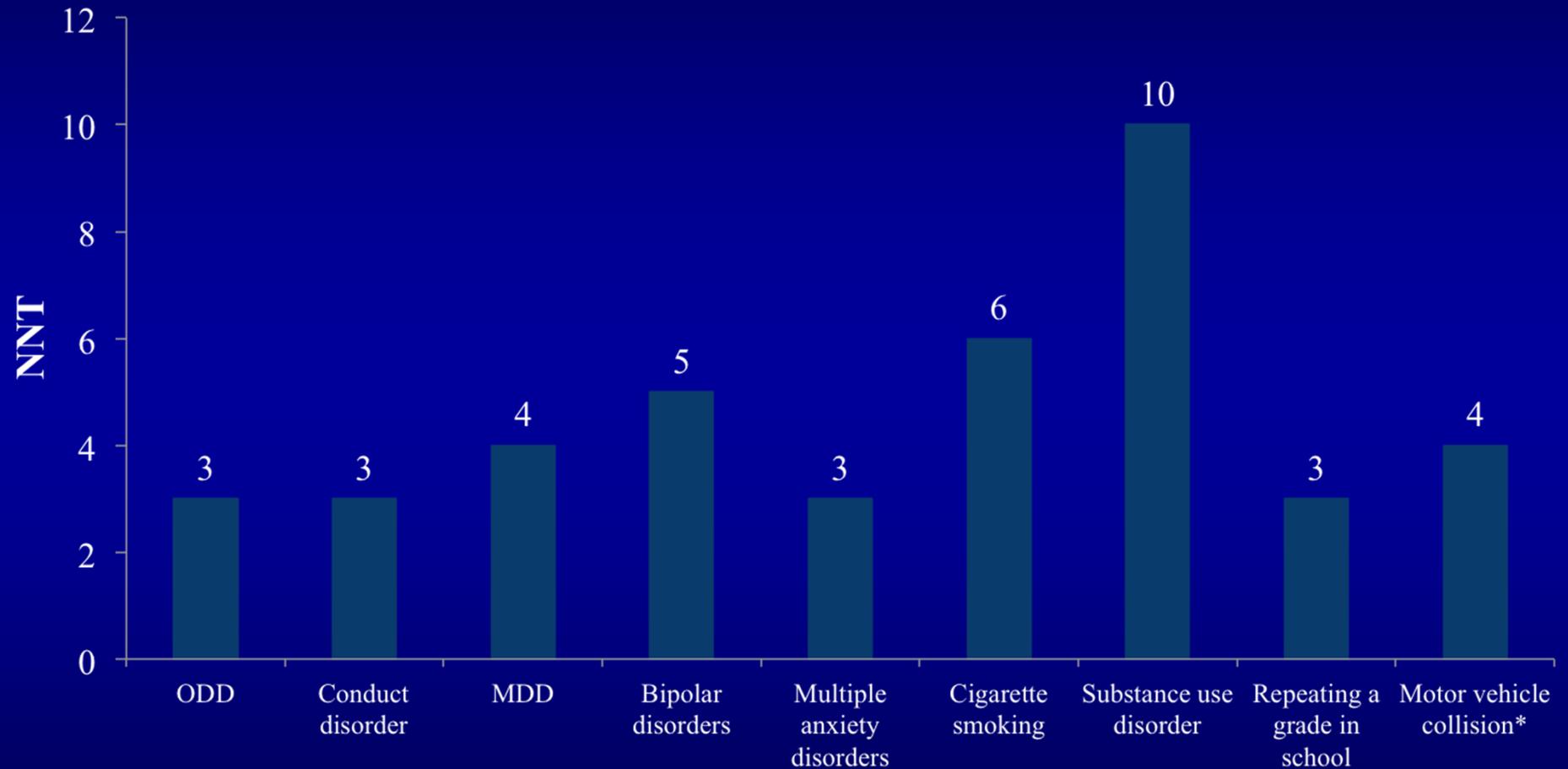
Improvement

Guide de CADDRA pour les traitements pharmacologiques du TDAH au Canada - Septembre 2019

Type de molécule et illustration des comprimés	Caractéristiques	Durée d'action ¹	Posologie de départ ²	Stratégie d'augmentation selon la monographie	Stratégie d'augmentation selon CADDRA www.caddra.ca
PSYCHOSTIMULANTS À BASE D'AMPHÉTAMINES					
Dexédrine® Comprimés 5 mg 	Comprimé écrasable ³	~ 4 h	comprimé = 2.5 à 5 mg BID	↑ 2.5 - 5 mg par palier de 7J Dose max./J : (die ou BID) Tous âges = 40 mg	↑ 2.5 - 5 mg par palier de 7J Dose max./J : (die ou BID) Enfant et adolescent = 20 - 30 mg Adulte = 50 mg
Dexédrine® spansule 10, 15 mg 	Spansule non écrasable	~ 6 - 8 h	spansule = 10 mg die am		
Adderall XR® Capsules 5, 10, 15, 20, 25, 30 mg 	Granules saupoudrables	~ 12 h	5 - 10 mg die am	↑ 5 - 10 mg par palier de 7J Dose max./J Enfant = 30 mg Adolescent et adulte = 20 - 30 mg	Enfant : ↑ 5 mg par palier de 7J Dose max./J = 30 mg Adolescent et adulte : ↑ 5 mg par palier de 7J Dose max./J = 50 mg
Vyvanse® Capsules 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70* mg  Comprimés à croquer 10, 20, 30, 40, 50, 60 mg 	Contenu de la capsule soluble dans l'eau, le jus orange et le yogourt Le comprimé doit être croqué complètement avant d'être avalé. Les comprimés à croquer peuvent être remplacés par les capsules de même concentration	~ 13 - 14 h ~ 13 - 14 h	20 - 30 mg die am 20 - 30 mg die am	↑ à la discrétion du médecin par palier de 7J Dose max./J : Tous âges = 60 mg ↑ à la discrétion du médecin par palier de 7J Dose max./J : Tous âges = 60 mg	↑ 10 mg par palier de 7J Dose max./J : Enfant = 60 mg Adolescent et adulte = 70 mg ↑ 10 mg par palier de 7J Dose max./J : Enfant = 60 mg Adolescent et adulte = 70 mg
PSYCHOSTIMULANTS À BASE DE MÉTHYLPHÉNIDATE					
Méthylphénidate courte action 5 mg (générique), 10, 20 mg (Ritalin®) 	Comprimé écrasable ³	~ 3 - 4 h	5 mg BID à TID adulte = considérer QID	↑ 5 - 10 mg par palier de 7J Dose max./J : Tous âges = 60 mg	↑ 5 mg par palier de 7J Dose max./J : Enfant et adolescent = 60 mg Adulte = 100 mg
Biphentin® Capsules 10, 15, 20, 30, 40, 50, 60, 80 mg 	Granules saupoudrables	~ 10 - 12 h	10 - 20 mg die am	↑ 10 mg par palier de 7J Dose max./J : Enfant et adolescent = 60 mg Adulte = 80 mg	↑ 5 - 10 mg par palier de 7J Dose max./J : Enfant = 60 mg Adolescent et adulte = 80 mg
Concerta® comprimés à libération prolongée 18, 27, 36, 54 mg 	Comprimé (doit être avalé entier pour conserver le mécanisme de libération intact)	~ 12 h	18 mg die am	↑ 18 mg par palier de 7J Dose max./J : Enfant = 54 mg Adolescent = 54 mg / Adulte = 72 mg	↑ 9 - 18 mg par palier de 7J Dose max./J : Enfant = 72 mg Adolescent = 90 mg / Adulte = 108 mg
Foquest® Capsules 25, 35, 45, 55, 70, 85, 100 mg 	Granules saupoudrables	~ 16 h	25 mg die am	↑ 10-15 mg par palier de 5 J minimum Dose max./J : Enfant et adolescent = 70 mg Adulte = 100 mg	↑ 10-15 mg par palier de 5 J minimum Dose max./J : Enfant et adolescent = 70 mg Adulte = 100 mg
NON PSYCHOSTIMULANT - INHIBITEUR SÉLECTIF DU RECAPTAGE DE LA NORADRÉNALINE					
Strattera^{MD} (Atomoxetine) Capsules 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100 mg 	Capsule (doit être avalée entière pour réduire les effets secondaire GI)	Jusqu'à 24 h	Enfant et adolescent = 0.5 mg/kg/J Adulte = 40 mg Die X 7-14 J	Maintenir dose X 7 - 14 j avant d'ajuster : Enfant = 0.8 puis 1.2 mg/kg/J 70 kg ou Adulte = 60 puis 80 mg/J Dose max./J : 1.4 mg/kg/J ou 100 mg	Maintenir dose X 7 - 14 j avant d'ajuster : Enfant = 0.8 puis 1.2 mg/kg/J 70 kg ou Adulte = 60 puis 80 mg/J Dose max./J : 1.4 mg/kg/J ou 100 mg
NON PSYCHOSTIMULANT - AGONISTE SÉLECTIF DES RÉCEPTEURS ALPHA-2A ADRÉNERGIQUES					
Intuniv XR® (Guanfacine XR) Comprimés à libération prolongée 1, 2, 3, 4 mg 	Comprimé (doit être avalé entier pour conserver le mécanisme de libération intact)	Jusqu'à 24 h	1 mg die am ou en soirée	Maintenir dose X minimum 7J avant d'ajuster par palier ne dépassant pas 1 mg/semaine Dose max./J : En monothérapie : 6-12 ans = 4 mg, 13-17 ans = 7 m. En traitement d'appoint avec un psychostimulant : 6-17 ans = 4 mg	Maintenir dose X minimum 7J avant d'ajuster par palier ne dépassant pas 1 mg/semaine Dose max./J : En monothérapie : 6-12 ans = 4 mg, 13-17 ans = 7 mg. En traitement d'appoint avec un psychostimulant : 6-17 ans = 4 mg

Note : La taille réelle des comprimés et capsules n'est pas celle illustrée. Pour les informations spécifiques concernant l'introduction, l'ajustement et le changement de la médication pour le TDAH, les cliniciens sont invités à consulter le guide de pratique canadien en TDAH (www.caddra.ca).¹ La pharmacocinétique et la réponse pharmacodynamique varie d'un individu à l'autre. Le clinicien doit utiliser son jugement clinique pour évaluer la durée de l'effet cas par cas sans se fier uniquement sur les valeurs rapportées de durée de l'effet ou de courbes pharmacocinétiques.² Ces doses de départ sont tirées des monographies de produit. CADDRA recommande de débiter en général avec la plus petite posologie disponible.³ Risque d'abus augmenté. * Vyvanse 70 mg est un dosage hors indication pour le traitement du TDAH au Canada. Document développé par Annick Vincent MD (www.attentiondeficit-info.com) et l'équipe de Direction des communications et de la philanthropie, Université Laval, avec la collaboration spéciale de CADDRA.

Nombre de patients traités por prévenir un incident



Based on 2 case-control 10-year prospective follow-up studies of boys (N=260) and girls (N=262) with and without ADHD and a double-blind RCT of lisdexamfetamine no driving performance in 61 young adults with ADHD.

*Note: all outcomes except for motor vehicle collision are lifetime outcomes; motor vehicle collision outcomes are 6-week RCT driving outcomes
Biederman J et al. J Adol Health 2019.

Conclusion

- Des outils existent pour la prédiction de la violence
- Des stratégies thérapeutiques peuvent rendre le risque assumable dans la communauté
- Le diagnostic différentiel des troubles des conduites est souvent complexe