

JE COMPRENDS LE TRAITEMENT DE MON ENFANT

La prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie est souvent mal comprise par les professionnels et par les familles, et de ce fait, elle est mal perçue : il existe une forme de culpabilité pour un parent à administrer un traitement à son enfant pour « avoir moins de crises de colère », un peu comme si ce choix servait au parent à avoir la paix. « On ne va pas lui donner un traitement pour être tranquille, on peut gérer, c'est notre rôle ». Cette idée revient régulièrement en consultation, comme si le traitement de l'enfant était là pour servir l'intérêt du parent. Les mots employés sont même parfois violents « On ne va pas le shooter, l'abrutir, le droguer ». Le traitement médicamenteux n'a pas une bonne image dans cette indication. Et pourtant, en fonction des problématiques de l'enfant, un médicament vise avant tout à améliorer le confort du jeune et non celui de ses parents... Il est donc nécessaire de le penser et de l'envisager de cette façon. On n'achète pas la paix des parents, on cherche des solutions pour que l'enfant se sente mieux. Là aussi n'oublions pas que tout reste relié dans la dynamique familiale : le fait de pousser ses parents à bout retentit aussi directement sur l'estime de soi de l'enfant et sur son bien-être.

1. DES MÉDICAMENTS : EST-CE TOUJOURS UTILE ?

Les propositions de traitement médicamenteux ne se font que dans certaines indications. Déjà il existe une question d'âge : il n'y a aucune indication à traiter de façon médicamenteuse une colère développementale chez le jeune enfant.

La plupart des crises par la suite se régleront avec des adaptations familiales, des stratégies de gestion émotionnelle comme nous les présentons dans cet ouvrage.

› **Certaines situations cependant vont relever d'un traitement médicamenteux :**

- Si la crise est trop intense et peut devenir dangereuse pour l'enfant ou son entourage, un traitement ponctuel peut être envisagé.
- Si l'enfant souffre d'un trouble de la régulation émotionnelle important relié à un autre trouble, il peut être nécessaire de prendre en charge cette impulsivité émotionnelle à part entière, et également le trouble « princeps » avec un traitement médicamenteux : TDAH, trouble anxieux, trouble de l'humeur.

Ainsi certaines classes pharmacologiques pourront être indiquées en fonction des cas ; certaines doivent au contraire être évitées chez l'enfant et l'adolescent.

Nous présentons ces traitements en regard des données scientifiques actuelles sur le sujet, en nous appuyant sur des études validées, l'expérience clinique, les recommandations de bonne pratique. Il faut cependant souligner que malheureusement ce champ pharmacologique ne fait pas l'objet d'un intérêt conséquent, aussi un certain nombre de traitements doivent être prescrits sans autorisation officielle (Autorisation de Mise sur le Marché) ; cette restriction ne veut pas dire qu'il existe une dangerosité, mais simplement qu'il n'y a pas à ce jour suffisamment d'études menées de façon rigoureuse dans la population concernée. Pour autant il existe une base de littérature scientifique qui permet de proposer ici des recommandations de bonne pratique.

2. LE TRAITEMENT DE LA CRISE

Il existe des traitements qui ont un pouvoir sédatif assez rapide et assez puissant et qui peuvent permettre de diminuer le temps total et l'intensité de la crise. Cependant leur administration se heurte à différentes limites.

- Le « timing » de la prise : la plupart du temps il est impossible de faire avaler quoi que ce soit à un jeune qui est déjà en crise tant l'opposition est forte dans ces moments-là. Insister trop fortement peut conduire à une forme d'escalade et entraîner un risque de violence : enfant qui jette le verre qu'on lui tend, crache le comprimé sur son parent, se défend... Il est donc préférable de donner le traitement quand l'enfant est dans la première phase de la crise c'est-à-dire la pré-crise et qu'il est encore partiellement accessible à un échange. Certains peuvent accepter s'ils ont déjà une forme de perception de ce qui est en train

de se jouer, d'autres refuseront systématiquement et prendront ce geste comme une provocation. La forme du médicament peut jouer un rôle : il sera souvent plus facile pour l'enfant d'accepter un traitement buvable qu'un comprimé car le geste d'avaler peut être difficile à réaliser pour l'enfant en crise car il nécessite d'être calme et assez concentré sur la coordination du geste.

- Le choix du traitement.
 - ♦ Un traitement qui est régulièrement prescrit dans cette indication est le Cyamémazine (plus connu sous le nom commercial de Tercian) en solution buvable. C'est un médicament de la famille des neuroleptiques qui se distingue par ses propriétés sédatives. La prescription est autorisée chez l'enfant (il dispose d'une autorisation de mise sur le marché, appelée communément AMM qui se veut garante de son innocuité). Dans la réalité des choses il n'y a pas suffisamment d'études rigoureuses conduites pour s'assurer qu'il n'y a pas d'effet secondaire sur le long terme, mais ce traitement bénéficie d'une longue expérience de prescription. Comme tous les neuroleptiques certains effets secondaires sont à surveiller : l'apparition d'une akathisie bien que rare est possible : cela se traduit par des mouvements anormaux, une raideur, parfois une contracture des mâchoires. Ces effets sont rares (en comparaison avec le risque de survenue si on utilise d'autres neuroleptiques) et spontanément régressifs mais nécessitent une surveillance (et la contre-indication par la suite de prescrire de nouveau le même traitement si un effet de ce type survient). Le Tercian peut également augmenter l'appétit et entraîner une prise de poids conséquente avec un risque métabolique (perturbation lipidique, augmentation de la glycémie à jeun, du taux de cholestérol et de triglycérides pouvant conduire sur le long terme à un diabète de type 2). Ces effets s'observent classiquement pour une prescription quotidienne et prolongée. Les effets sur la mémoire et le développement cérébral ne sont pas encore complètement connus à ce jour. De façon générale il faut réserver ce traitement à la prise en charge de la crise, il est par exemple très utilisé dans les services d'urgence psychiatrique ou par les professionnels de secours, mais il doit être évité sur le long cours et ne mérite pas sa place pour la prévention des crises. Le dosage est calculé en fonction du poids de l'enfant.

- ♦ L'Atarax (Hydrothiazine) est un médicament de la classe des anti-histaminiques, utilisé dans les allergies. Il s'agit donc d'un traitement utilisé assez communément en pédiatrie, et qui possède un effet anxiolytique et sédatif. Il est donc parfois prescrit en crise pour cet effet calmant; cependant son délai d'action est assez important et son effet sédatif est moins important que celui du Tercian, ce qui fait que l'effet sur la crise peut être modéré. Cependant si la crise habituelle dure plusieurs heures, le médicament aura le temps d'agir et pourra diminuer l'intensité ou la durée de la crise. Si la crise redescend rapidement après une administration d'Atarax cela peut être relié à un effet placebo. On ne retrouve pas d'effet secondaire métabolique comme avec le Tercian, cependant l'élimination est assez lente et certains enfants pourront se plaindre de se sentir fatigués plusieurs heures après la prise voire le lendemain.
- ♦ Certains produits peuvent avoir également un effet placebo sur la pré-crise: les fleurs de Bach, l'homéopathie, la phytothérapie, les huiles essentielles... Pour chacun, il n'existe pas d'effet démontré supérieur au placebo, mais il faut rappeler que l'impact du placebo n'est pas nul, notamment dans les indications émotionnelles (mais aussi pour les indications somatiques). Certains parents ont ainsi l'habitude de proposer une de ces alternatives à leur enfant avant que la crise n'explode; cet échange peut agir comme un message délivré à l'enfant: «je vois que tu es en train de monter au niveau émotionnel et je cherche à t'aider».

3. LES TRAITEMENTS DE FOND DE LA COLÈRE

Certains médicaments ont un rôle spécifique pour réguler l'impulsivité émotionnelle. Cependant il n'existe pas encore de recommandations en France pour qu'ils bénéficient d'une AMM précise dans cette indication. Ils sont régulièrement prescrits en traitement de fond chez les jeunes impulsifs, explosifs et colériques car il existe un niveau de preuve suffisant, c'est-à-dire que les résultats des études internationales mettent en avant l'efficacité de ces traitements et cela sans AMM officielle. L'objectif de ces traitements est d'amener un apaisement émotionnel, et de permettre au jeune de développer de nouvelles stratégies pour mieux gérer ses frustrations en expérimentant de nouvelles réactions. La prescription n'est donc pas une mesure isolée mais s'associe à une approche complémentaire éducative et/ou psychothérapique.

- L'aripiprazole (Abilify) est un traitement qui appartient à la catégorie des «antipsychotiques». Son efficacité est prouvée pour la prise en

charge de la schizophrénie et du trouble bipolaire. Il existe une indication avec AMM dans le trouble bipolaire chez l'adolescent de plus de 13 ans. À petits dosages (de 2 à 5 mg quel que soit le poids) il existe un effet notable anti-impulsif, avec une baisse de la dysrégulation émotionnelle. C'est un traitement de fond qui nécessite une surveillance en particulier au niveau métabolique car il existe un risque d'augmentation de l'appétit, de prise de poids, de perturbation du bilan lipidique ou d'hyperglycémie.

- La risperidone (Risperdal) est également un antipsychotique ; les effets attendus sont les mêmes qu'avec l'abilify mais les effets secondaires au niveau métabolique sont généralement plus marqués. À noter que la risperidone bénéficie d'une AMM chez l'enfant de plus de cinq ans qui présente des troubles du comportement, mais cette AMM se restreint aux enfants qui ont un retard mental (car les études de validation d'AMM ont été menées dans cette population spécifique).
- La cyamémazine ou Tercian ne doit pas avoir sa place en traitement de fond de la crise, du fait des effets secondaires marqués, de la somnolence importante qui pourrait nuire aux apprentissages scolaires et au bien-être émotionnel.

4. LE TRAITEMENT DU TROUBLE SOUS-JACENT

■ Pour le TDAH

Il est essentiel de rechercher systématiquement l'existence d'un TDAH chez un enfant qui fait des crises de colère. Le TDAH est un facteur de risque majeur de dysrégulation émotionnelle chez l'enfant. L'existence de crises de colère régulières et intenses représente un retentissement important du trouble, même si l'impact dans les autres domaines peut être moindre (par exemple pour un enfant qui explose à la maison mais se contient énormément en classe au point que son comportement y est adapté et que ses résultats scolaires sont bons). Il est donc essentiel d'intégrer tous les aspects de l'évaluation : le TDAH n'a pas toujours une manifestation scolaire aussi nette pour tous les enfants qui en sont porteurs, car certains enfants, en particulier quand ils ont des compétences cognitives élevées, sont capables de se contenir énormément au niveau attentionnel sur le temps scolaire. Ainsi les symptômes peuvent ne pas être présents de façon similaire dans les différents lieux de vie de l'enfant. Pour autant, même si la gêne scolaire n'est pas majeure, il peut être nécessaire de mettre en place une prise en charge pharmacologique

pour le TDAH si l'impact familial est très grand. C'est au clinicien d'apprécier l'existence du TDAH et son impact dans le fonctionnement global du jeune et de sa famille.

Le traitement qui est autorisé en France pour le TDAH est le Méthylphénidate : il en existe quatre formes commerciales, citées dans l'ordre chronologique d'apparition sur le marché : Ritaline, Concerta, Quasym, Medikinet. Ce sont des traitements psychostimulants, c'est-à-dire qu'ils augmentent les capacités d'attention et d'éveil au moment de la prise. De plus l'action pharmacologique entraîne également par une diminution de l'impulsivité. C'est cet effet qui permet également une meilleure gestion de soi et une meilleure régulation émotionnelle.

Le méthylphénidate est un traitement très connu, largement prescrit et étudié chez l'enfant. En France son AMM date de 1994 ce qui fait qu'il existe une grande expérience de prescription et un recul sur les effets attendus. Il s'agit d'un traitement globalement bien toléré.

Les effets secondaires les plus classiques sont les suivants :

- Effets d'instauration : ce sont des effets qui apparaissent en début de traitement ou lors des modifications de dosage, qui sont transitoires (quelques heures à quelques jours). Parmi eux on note les maux de tête, maux de ventre, une certaine tension ou irritabilité. Ces effets sont spontanément résolutifs.
- Les troubles du sommeil : du fait de son effet psychostimulant, le méthylphénidate peut décaler légèrement l'horaire d'endormissement, et ce d'autant plus que la forme galénique choisie a une durée d'action longue.
- Baisse d'appétit : c'est l'effet le plus redouté par les familles et pourtant il est rarement problématique. Le traitement diminue l'appétit en particulier au repas de midi (pour les libérations lentes administrées le matin) ce qui fait que l'enfant aura tendance à manger moins et risque de perdre du poids en début de traitement avant de réorganiser progressivement son rythme alimentaire : prises plus importantes le matin et le soir. En général une adaptation des prises est suffisante pour faire face à cette difficulté.
- D'autres effets secondaires peuvent survenir mais ils sont plus rares : tics, nervosité, anxiété ; ces effets doivent être revus au cas par cas.
- Du fait d'une augmentation possible de la fréquence cardiaque et la pression artérielle, un contrôle régulier est nécessaire

Les effets positifs sur la régulation émotionnelle peuvent être assez rapides, parfois même observables dès le premier jour de prise. L'intérêt d'un traitement médicamenteux pour les jeunes ayant ce profil de TDAH avec dysrégulation émotionnelle va au-delà du simple contrôle des symptômes de TDAH: il s'agit aussi d'être dans un état émotionnel suffisamment stable pour comprendre les mécanismes en jeu et acquérir de nouvelles stratégies.

Dans le cadre du TDAH associé à une dysrégulation émotionnelle, le traitement spécifique par Méthylphénidate peut être un vrai soulagement pour le jeune et pour sa famille: certains jeunes décrivent un quotidien transformé. Le traitement peut ainsi leur permettre d'exploiter leur potentiel sans être gêné: «*Depuis que je prends mon traitement, je suis moins tendu, avant les journées de cours me paraissaient trop longues, j'étais épuisé et complètement sur les nerfs, maintenant je suis plus calme et je m'énerve moins facilement, je m'énerve quand même mais pour des choses plus importantes et cela dure moins longtemps.*»

Chez l'enfant qui fait des crises de colère et qui présente un TDAH un traitement psychostimulant par Méthylphénidate (noms commerciaux: Ritaline, Concerta, Quasym, Medikinet) peut être indiqué: l'objectif est une amélioration des symptômes du TDAH mais aussi une meilleure gestion émotionnelle.

■ Pour le trouble bipolaire

Le diagnostic de trouble bipolaire est compliqué à poser chez l'enfant ou le jeune adolescent; les cliniciens se positionnent davantage sur une suspicion que sur un diagnostic formel à ces âges précoces. Lorsque l'on note de façon formelle des épisodes caractérisés, et en particulier s'il existe des antécédents familiaux, une prise en charge médicamenteuse spécifique peut être discutée. Il n'existe pas d'AMM pour les traitements dans le trouble bipolaire, en dehors de l'Abilify qui a une AMM dans l'épisode maniaque modéré à sévère dans le trouble bipolaire de type 1 chez l'adolescent de plus de 13 ans (cette AMM est donc assez restrictive car elle mentionne l'épisode aigu et non un traitement de fond). Il convient de choisir préférentiellement ce traitement même chez l'enfant plus jeune si le trouble bipolaire est fortement suspecté.

Les données actuelles ne montrent pas d'intérêt à l'utilisation du lithium dans le traitement de fond du trouble bipolaire pédiatrique; c'est pourtant le traitement de référence chez l'adulte. Il existe un manque de données à ce jour et l'utilisation en reste complexe du fait d'effets secondaires au niveau rénal qui ne sont pas toujours faciles à gérer.

■ Pour le trouble anxieux

Certaines crises de colère s'inscrivent dans des processus anxieux, lorsque l'enfant sent qu'il n'a pas le contrôle, et qu'il est débordé par ses émotions (comme par exemple dans les TOC si son parent vient contrarier un rituel). Dans ce contexte il va être nécessaire de prendre en charge le trouble anxieux sous-jacent pour diminuer la charge émotionnelle. Les thérapies cognitivo-comportementales sont le traitement de choix des troubles anxieux; pour autant chez l'enfant colérique, la motivation à se faire prendre en charge pour le trouble anxieux n'est pas toujours présente. Parfois, la prise en charge en TCC n'est pas suffisante à elle seule. Dans ces indications un traitement pharmacologique spécifique pour le trouble anxieux est indiqué.

Chez l'enfant le traitement qui est classiquement prescrit est la Sertraline (nom commercial Zoloft) qui dispose d'une AMM à partir de l'âge de cinq ans dans le TOC. Ce médicament appartient à la classe des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS). Le dosage est progressif, avec une adaptation par paliers en commençant par 25mg. La Sertraline est parfois prescrite chez l'enfant dans d'autres troubles anxieux que le TOC comme une anxiété sociale forte, une anxiété de séparation invalidante, un trouble anxiété généralisé. L'efficacité s'installe dans la durée avec un délai d'action de deux à trois semaines pour voir apparaître les premiers effets positifs. Le traitement est globalement bien toléré. Certains effets secondaires notamment digestifs peuvent survenir en particulier au début du traitement.

■ Pour la dépression

Chez certains enfants, la survenue de crises de colère s'inscrit dans un épisode précis: ce sont des enfants qui n'étaient pas spécialement coléreux à la base et qui vont développer ce type de symptômes, généralement de façon réactionnelle à un événement difficile ou stressant (mais pas toujours). Poser un diagnostic de dépression chez l'enfant ou l'adolescent doit toujours aller de pair avec l'exploration d'un éventuel trouble bipolaire. S'il s'agit d'un épisode dépressif réactionnel isolé et sans facteur de risque majeur de trouble bipolaire, un suivi psychothérapeutique est indiqué en première ligne. En cas d'échec de ce suivi sur la symptomatologie dépressive un traitement antidépresseur doit être envisagé. Pour la dépression chez l'enfant la fluoxétine (Prozac) dispose d'une AMM à partir de huit ans. Comme la sertraline, la fluoxétine appartient à la classe des ISRS.