L'Information psychiatrique 2008 ; 84 : 627-35

LA PRESCRIPTION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Approche psychodynamique et prescription médicamenteuse : comment associer ces pratiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Bertrand Welniarz

RÉSUMÉ

À partir de l'expérience d'une consultation de psychiatrie infanto-juvénile où des enfants déjà suivis sur le plan psychothérapique sont adressés pour une prescription de médicaments psychotropes, l'auteur contribue à une réflexion théorique sur une approche thérapeutique associant psychodynamique et psychopharmacologie. Différentes configurations psychopathologiques sont illustrées par des vignettes cliniques et l'auteur soutient l'acceptation du médicament comme un médiateur permettant une relance des capacités de mentalisation du patient et de son entourage. Cette pratique interroge l'identité du psychiatre d'enfant car elle impose une lecture clinique à plusieurs niveaux : symptomatique, syndromique et psychopathologique. La poursuite de la réflexion théorique sur cette pratique est souhaitable et viserait à intégrer la prescription de psychotropes à la pratique tout en restant dans un projet de soins basé sur des conceptions psychodynamiques.

Mots clés : psychiatrie infanto-juvénile, approche psychodynamique, psychotropes, psychopharmacologie

ABSTRACT

Pyschodynamic approach and drug prescription: how to combine these practices in child and adolescent psychiatry Based on the experience of a child and adolescent consulting centre in which children already receiving psychotherapeutic treatment are approached for the prescription of psychotropic drugs, the author contributes to a theoretical reflexion on a therapeutic approach combining psychodynamics and psychopharmacology. Different psychopathological configurations are illustrated by means of clinical examples and the author argues for the acceptance of such drugs as mediators helping to regenerate the mentalisation capacities of the patient and their entourage. This practice throws into question the identity of the child psychiatrist because of its need for a multilayered clinical reading : symptomatic, syndromic and psychopathological. Theoretical studies should be pursued into this practice with the aim of integrating psychotropic prescription into practice, whilst at the same time remaining in a care project based on a psychodynamic conception.

Key words: child and adolescent psychiatry, psychodynamic approach, psychotropic drugs, psychopharmacology

RESUMEN

Orientación psicodinámica y prescripción medicamentosa: como asociar estas prácticas en psiquiatría infanto-juvenil A partir de la experiencia de una consulta de psiquiatría infanto-juvenil en la cual se recibe a niños para una prescripción medicamentosa pero que ya están seguidos en psicoterapia, el autor analiza bajo el punto de vista teórico la opción terapéutica que asocia psicodinamia y psicofarmacología. A partir de varios casos clínicos el autor ilustra diferentes configuraciones psicopatológicas y afirma que la aceptación del medicamento como mediador permite reactivar las facultades de mentalización del paciente y de sus allegados. Esta práctica interroga la identidad del psiquiatra infantil ya que ésta impone una lectura clínica distintos niveles : sintomático, sindrómico y psicopatológico. El análisis teórico de esta práctica debe continuar con el objetivo de integrar la prescripción de psicótropos a la práctica en el marco de un proyecto terapéutico basado en las concepciones psicodinámicas.

Palabras clave : psiquiatría infanto-juvenil, orientación psicodinámica, psicótropos, psicofarmacología

Praticien hospitalier chef de service, secteur 93I03, EPS. de Ville-Évrard, 93332 Neuilly-sur-Marne
<b.welniarz@ns.eps-ville-evrard.fr>

doi: 10.1684/ipe.2008.0372

Tirés à part : *B. Welniarz*

« Pharmacologie, biochimie, neurologie font sans cesse des progrès, et nous pouvons être tout à fait certains qu'au cours des quelques années à venir des méthodes chimiques nouvelles et plus efficaces pour augmenter la suggestibilité et diminuer la résistance psychologique seront découvertes. Comme toutes les autres inventions, elles pourront être bien ou mal utilisées, aider le psychiatre dans sa lutte contre les maladies mentales ou le dictateur dans sa lutte contre les libertés. Il est plus probable, étant donné que la science est divinement impartiale, qu'elles asserviront et libéreront, guériront et détruiront, le tout à la fois. »

(Aldous Huxley, *Retour au meilleur des mondes*, 1958.)

Introduction

Parmi les très nombreux enfants s'adressant chaque année aux services de pédopsychiatrie de secteur ou universitaires, très peu nécessitent une prescription médicamenteuse. Il s'agit d'enfants et d'adolescents présentant une grande souffrance psychique, des symptômes perturbant gravement leurs interactions sociales, et pour lesquels des soins psychothérapiques, de quelque modalité que ce soit, n'ont pas permis d'apporter un apaisement. Mais nous pouvons nous demander si ces enfants reçoivent le traitement chimiothérapique dont ils ont besoin.

La majorité des prescriptions de psychotropes aux enfants ne sont pas le fait des pédopsychiatres. Une étude épidémiologique faite dans la région Alsace [19] en 2002 montre que les prescriptions de psychotropes touchent 4 % des ados et 1,4 % des enfants. Plus de 50 % des prescriptions sont faites par des généralistes, très peu par des psychiatres. Même si les collègues généralistes et pédiatres réfléchissent aux implications psychologiques de leurs prescriptions au-delà du simple effet placebo, ils n'ont pas la formation permettant d'inscrire cet acte dans une réflexion psychodynamique et dans l'analyse de la relation transférentielle.

L'attitude des psychiatres vis-à-vis de la prescription de psychotropes chez l'enfant s'est profondément modifiée ces deux dernières décennies. En 1985, plus de la majorité des psychiatres d'enfants (70 %) avaient des réserves éthiques et pour eux l'acte de prescription était « problématique » [16]. En 2000, 93 % des pédopsychiatres français considèrent la prescription comme éthique et admettaient prescrire plus ou moins régulièrement tout en constatant leur manque de formation dans ce domaine [21]. La prescription est désormais fréquente en milieu hospitalier [25], beaucoup moins en pratique ambulatoire.

Jusqu'à une époque récente l'approche psychodynamique et le fait de prescrire semblaient antinomiques. Alertés par les excès de la prescription de psychotropes aux enfants américains, les pédopsychiatres ont lancé des signaux d'alerte [4]. Devant l'essor de la psychopharmacologie et de la psychiatrie biologique, et craignant que ces disciplines ne supplantent la psychanalyse, certains ont adopté un raisonnement manichéen : la prescription médicamenteuse vient court-circuiter la réflexion psychodynamique [10]. Cette crainte d'un abandon de la pensée psychodynamique est d'autant plus forte qu'elle s'appuie sur des racines solides : pendant longtemps la prescription a revêtu l'aspect d'un tabou principalement en ce qui concerne la prescription de psychostimulants dans l'instabilité. Dans son *Nouveau Traité de psychiatrie*, Serge Lebovici réglait le problème de façon critique en une page [14].

Un autre aspect de cette réticence à prescrire réside dans la notion du respect du symptôme en pédopsychiatrie [26] en ce qu'il est porteur de sens et de langage exprimant la souffrance psychique de l'enfant et de son groupe familial. Mais certains symptômes engendrent une souffrance importante qui perturbe le développement affectif et cognitif et conduit à des impasses d'où il est difficile pour l'enfant de sortir, d'autant qu'elle paralyse parfois les capacités d'élaboration permettant de bénéficier d'un traitement psychothérapique.

Depuis quelques années, des auteurs proposent une réflexion sur l'articulation entre approche psychodynamique et prescription [1, 3, 11, 15, 17, 22] rompant ainsi avec les publications antérieures où il n'était possible de trouver que, soit des mises en garde contre le médicament, soit des études statistiques découlant de l'EBM (Evidence Based Medecine) démontrant l'efficacité de certains produits.

Cette réflexion sur l'articulation de l'approche psychodynamique et de la prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie ne peut être détachée d'une référence sociologique plus large. En effet actuellement de nombreux enfants sont adressés au pédopsychiatre pour des symptômes bruyants se situant dans le registre des troubles externalisés. Ces expressions symptomatiques, au-delà de la dimension psychopathologique individuelle, doivent être mises en rapport avec l'évolution de la place de l'homme et de l'enfant dans la société. Allant de pair avec un mouvement de subjectivation de l'enfant, on lui demande moins d'obéir que d'avoir de l'initiative, moins de se conformer à des interdits que de devenir lui-même. Ehrenberg précise [8] que nous sommes passés d'une société obéissante, où l'individu était socialisé par des règles de discipline et d'interdits, à une société d'action, où il s'agit de savoir jusqu'où on peut aller. Une telle société qui renvoie moins l'individu à la frustration de ses désirs qu'au défi d'être responsable de sa destinée, occasionne chez ses membres moins de névroses et plus de dépressions. (Ces dépressions touchent les enfants de deux façons : directement et surtout par l'intermédiaire de la dépression parentale et maternelle.) Une telle société utilise le recours au médicament à la fois à des fins normatives et pour aider l'individu à assumer la responsabilité de sa réussite.

Notre exercice est un art et non l'application stricte de l'EBM. Dans les situations complexes que nous rencon-

trons, notre pratique s'apparente souvent à un « bricolage ou un tricotage » où nous nous référons à des modèles théoriques de plus en plus éclectiques en nous dégageant des modèles totalisants qui, seuls, ne peuvent apporter de réponses satisfaisantes aux attentes des patients et de leurs familles. Le recours au médicament est l'un des outils possibles mis à notre disposition. Il agit alors autant par ses propriétés pharmacologiques que par sa fonction de médiateur de la relation.

La consultation médicament

Depuis cinq ans nous avons ouvert dans un CMP du secteur une consultation « médicament ». Elle est conduite par le chef de service et un interne. Le principe de cette consultation est que ce sont exclusivement des enfants suivis et disposant d'un soignant ou d'un médecin référent qui y sont adressés. L'indication d'une éventuelle prescription est discutée dans un premier temps par le référent avec l'enfant et ses parents. La consultation « médicament » ne débouche pas toujours sur une prescription. Si un médicament est utile, il peut être initié dans cette consultation et la prescription est ensuite poursuivie par le médecin référent, dans d'autres cas un suivi spécifique s'instaure autour du « médicament-médiateur » dans une optique de thérapie bifocale. Un point essentiel que nous travaillons est la sécurité de la prescription d'autant qu'en matière de psychotropes en pédiatrie les prescriptions se font souvent hors AMM [6].

Sauf dans des situations extrêmes, la prescription n'a jamais lieu lors du premier entretien. Pas avant que la place du médicament dans le projet thérapeutique ne soit élaborée. Pour cela, des symptômes cibles sont mis en relief et leur place dans l'économie psychique de l'enfant et de sa famille est évaluée. Il n'est pas question, par exemple, de faire taire des symptômes dont le sens n'a pas encore été décrypté ou qui peuvent être le signe par exemple d'une maltraitance masquée.

Des échanges prolongés avec la famille sont nécessaires pour leur permettre de verbaliser leurs fantasmes attachés à la prescription et leurs attentes. L'apport limité que l'on peut attendre du produit sur certains symptômes est expliqué, et la place du médicament est resituée dans l'ensemble du projet thérapeutique. Pour des enfants opposants et hyperactifs par exemple, les psychostimulants permettent une meilleure concentration devant les tâches scolaires, l'enfant moins en échec se revalorise narcissiquement et le comportement scolaire s'améliore, mais il peut rester très opposant à la maison pour des raisons qui tiennent à une configuration psychopathologique familiale. L'enfant est souvent partie prenante de son traitement et peut en attendre un effet magique. Un garçon de 11 ans demandait après avoir vu une émission de télévision : « j'ai compris, je suis comme ces enfants hyperactifs que j'ai vus à la télé... donnez-moi le médicament d'obéissance ».

L'agressivité, l'opposition et l'instabilité psychomotrice : l'intérêt d'une double lecture clinique

Il n'y a pas de traitement médicamenteux spécifique de l'agressivité chez l'enfant ; mais l'adjonction d'une chimiothérapie au projet thérapeutique global est parfois utile [23]. Soit pour une brève durée à visée de contenance lors d'une période de crise, soit pour un traitement au plus long cours à condition d'avoir identifié une pathologie spécifique. C'est là que réside la nécessité d'avoir une double approche clinique : l'approche psychopathologique permet d'élaborer un projet de soins prenant en compte la singularité du patient et de la constellation familiale [24]. Différentes approches pluridisciplinaires seront articulées prenant en compte la dimension du soin psychique et de la dimension psychosociale. L'appoint du médicament permettra aux différents partenaires de tenir le cadre défini. La seconde approche clinique nécessaire est une approche syndromique qui, au-delà de la notion de symptôme cible, permettra de poser l'indication d'un traitement spécifique. Par exemple, parmi les enfants présentant une instabilité psychomotrice, il faudra distinguer les enfants qui pourront bénéficier d'une prescription de psychostimulants des anxieux ou de ceux présentant des troubles de l'humeur s'exprimant par de l'agitation. Dans ce dernier cas les thymorégulateurs seront plus efficaces. La composante impulsive des troubles devra être analysée et la recherche de discrets tics moteurs et vocaux orientant vers un syndrome de Gilles de La Tourette amènera la prescription d'antipsychotiques.

Les enfants présentant un syndrome d'hyperactivité et trouble de l'attention ou un syndrome de Gilles de La Tourette ne sont pas forcément agressifs ou opposants. Ces derniers symptômes sont plus en rapport avec la psychopathologie qu'avec le tempérament de l'enfant. C'est l'association de ces deux composantes qui, à notre avis, produit ces situations extrêmes où un traitement pédopsychiatrique bien conduit par une équipe pluridisciplinaire ne permet pas seul d'apporter un soulagement à l'enfant et son entourage.

Damien a 6 ans : il est suivi au CMP depuis l'âge de 3 ans pour des troubles du comportement, parallèlement un suivi en AEMO judiciaire a été mis en place par ordonnance du juge des enfants en raison d'un contexte familial perturbé. Les parents sont très jeunes. Après la naissance de Damien la mère avait présenté une dépression post-natale. Elle était prise en charge en foyer alors que son ami était en prison. Le père de Damien avait été suivi par un psychiatre dans un CMPR lors de son incarcération ; il pensait que cela l'avait beaucoup aidé et il était très favorable à un suivi de son fils afin d'éviter une répétition transgénérationelle des difficultés qu'il avait connu. Matériellement la prise en charge était difficile. Les entretiens avaient lieu à 18 h 30 après le travail de la mère. Mme X. venait avec, dans les bras, le

petit frère de Damien qu'elle était allée chercher à la crèche. Une tentative de thérapie de groupe échoue en raison du peu d'efficience de la mesure d'AEMO, l'équipe éducative ne parvenant pas à organiser les accompagnements. La situation se maintient ainsi pendant trois ans durant lesquelles des consultations assez régulières tous les mois sont investies par l'enfant et sa famille. Lorsque Damien, n'ayant pratiquement pas fait d'acquisition, redouble le CP, les parents sont expulsés de leur appartement et la famille part vivre provisoirement dans un hôtel situé dans une autre commune assez éloignée. La mère maintient néanmoins la scolarité dans la commune d'origine où le petit frère est accueilli en crèche familiale. La rentrée de CP se passe mal. Damien est agité, inattentif, il perd ses affaires, se présente sale, traînant son cartable derrière lui. Confronté à un sentiment d'impuissance après trois ans de travail, il est adressé à la consultation médicament. L'histoire clinique et une lecture strictement psychopathologique orienteraient plutôt vers un diagnostic de dépression, mais des éléments cliniques discrets en faveur d'un trouble de l'attention nous amènent à envisager une prescription de méthylphénidate, sans croire réellement à son efficacité tant le contexte global de l'environnement de l'enfant semble défavorable. Quinze jours après, Damien se présente à la consultation plus apaisé, son comportement a beaucoup changé : il est calme, propre. Il sort d'un cartable bien rangé une lettre de sa maîtresse qui est très étonnée et ravie par le brusque changement d'attitude de l'enfant dans la classe. La mère dit qu'il demande à faire ses devoirs le soir. À ce moment un travail peut se mettre en place en orthophonie pour soutenir les progrès de Damien qui fait une année scolaire satisfaisante ce qui l'étaye narcissiquement et lui permet de ne pas réagir de façon dépressive au naufrage familial. Lors d'un séjour chez ses grands parents la mère a parlé de la prescription et son grand père lui a appris que son propre père avait pris des psychotropes dans l'enfance. La verbalisation autour du médicament entraîne en retour des paroles qui permettent l'élaboration et l'évocation de liens transgénérationels.

La contenance : le médicament camisole chimique ?

De nombreux enfants qui nous sont adressés présentent des *tableaux* d'agressivité, d'opposition et de non-respect des limites. Sans préjuger de la structure psychopathologique sous jacente, qu'elle soit de nature limite ou psychotique, nous nous retrouvons souvent face à des familles en difficulté, incapables d'instaurer une relation durablement contenante. Dans ces cas les capacités d'élaboration psychique de l'enfant sont entravées par les contraintes émotionnelles qui pèsent sur le moi en menace permanente d'être débordé par le monde pulsionnel interne. Face à une famille débordée, et en l'absence d'une prise en charge possible dans une structure institutionnelle contenante [12], la prescription peut apporter un apaisement, non seulement par ses effets pharmacologiques mais aussi parce qu'elle fait obstacle à la toute puissance de l'enfant.

Paul, âgé de 8 ans est adressé à la consultation médicament par un médecin du secteur qui le suit depuis un an et demi car il vient d'être renvoyé de la cantine pour avoir frappé un surveillant. Il risque également d'être déscolarisé en raison de ses provocations vis-à-vis des enseignants et de son agressivité à l'école qui va croissante ainsi que de son intolérance à la frustration. Il est pris en charge régulièrement par un médecin consultant pour des entretiens à visée psychothérapique et il est accueilli toutes les semaines en psychodrame individuel.

Les parents se sont séparés alors que Paul avait 4 mois, la mère a présenté alors une dépression. L'évocation de ce souvenir déclenche une reviviscence émotionnelle intense et Madame pleure en évoquant cette période. Elle a alors développé une relation fusionnelle avec Paul à qui elle passe tous ses caprices ce que lui reprochent ses autres enfants. Paul s'installe peu à peu dans un rôle d'enfant roi et il présente des troubles du comportement qui augmentent progressivement depuis la maternelle. Le père vit en province et il a du mal à intervenir sur le plan éducatif car lorsqu'il réprimande son fils au téléphone, Paul menace d'interrompre la conversation.

Lors du premier entretien il affiche une opposition butée, ne dit pas un mot et garde la tête baissée tandis que sa mère parle de son comportement. Lorsqu'elle aborde le fait qu'il se dévalorise il entre en fureur et frappe violemment sa mère à plusieurs reprises. Il s'en prend alors au consultant qui posait des interdits en y répondant par de violents coups de pied sur le tibia. Nous le réprimandons, il écoute avec un air de défi en disant qu'il fait ce qu'il veut. Pour aider Paul à se contenir et à gérer un trop plein d'excitation, nous proposons la prescription d'un antipsychotique de deuxième génération à dose modérée. Lors du rendez-vous suivant la situation est différente, il entre dans le bureau souriant et ouvert, dit que le médicament l'a apaisé, que le soir il a moins de mal à s'endormir, il se sent plus détendu. Sa mère confirme que la situation à la maison s'est beaucoup améliorée. Mais peut-on tout mettre sur le compte de l'effet chimiothérapique du médicament ? Certainement pas ! Madame relate que lors de la consultation précédente le comportement de Paul a provoqué chez elle une détresse importante accompagnée d'un sentiment de honte et qu'elle a fortement disputé son fils en sortant du CMP. On s'aperçoit alors qu'il y a eu un changement de la position maternelle qui montre moins de complaisance vis-à-vis de Paul. Se sentant contenu il est alors moins angoissé par son sentiment de toute puissance et parvient à se contrôler un peu plus lui-même. Le médicament agit alors à la fois en

raison de ses propriétés pharmacologiques mais aussi comme rappel symbolique quotidien de cette consultation où l'évocation de l'histoire de la dyade mère-enfant accompagné d'un mouvement émotionnel a permis la réinscription de la relation mère-enfant dans un cadre contenant. Le médicament psychotrope est ici un des moyens de contenance qui est proposé au moi de l'enfant débordé par l'inflation narcissique. La prescription n'a de sens que si elle s'inscrit dans un cadre thérapeutique étayant et une relation transférentielle. Philippe Jeammet insiste sur le fait que le médicament vise à soulager les contraintes internes biologiques qui pèsent sur le sujet. Ces contraintes ont pour conséquences d'empêcher les processus de déplacement et de dégagement de se produire. Elle conduit à la répétition des conduites autodestructrices et à la restriction des capacités de choix du sujet. Dans cette optique les psychotropes sont beaucoup plus des outils de liberté pour le sujet qu'une camisole chimique [11].

Le contre-transfert vis-à-vis de ces enfants qui « poussent à bout » est complexe et éprouvant. Une élaboration du contre-transfert permet au médicament d'être investi par le prescripteur du sens d'une contention et non de l'équivalent d'une punition.

Le médicament instrument de triangulation ?

Dans la majorité des cas les familles ne sont pas demandeuses de traitement médicamenteux pour leur enfant et elles abordent cette question avec méfiance et réticence. Plus peut-être que pour d'autres médicaments le psychotrope pose la question de la compliance, ici on pourrait dire de la compliance par procuration. Un premier aspect est celui de la conviction du prescripteur [7] sans laquelle l'observance du patient et de sa famille est impossible. Cette conviction repose sur une hypothèse clinique et psychopathologique, une connaissance des processus neurobiologiques. Pour la famille l'appréhension du médicament tient en partie des informations souvent glanées sur des forums internet et d'une fantasmatique où la molécule est le support de projections parfois agressives et culpabilisantes.

Alex est très instable et opposant à la maison et à l'école. Il est pris en charge par un médecin consultant et une psychomotricienne. Lors de chaque consultation il met la salle d'attente en émoi par son agitation incessante et ses multiples provocations. Les parents sont séparés et le père disqualifié dans ses fonctions éducatives. Tous deux sont très opposés à une prescription médicamenteuse que la mère assimile à une « drogue ». Néanmoins, avec l'accord du père, la mère accepte d'accompagner Alex à la consultation « médicament ». Une série de consultations s'engage alors et malgré la réticence familiale une relation s'instaure entre les prescripteurs, la mère et l'enfant. Après 2 mois et en raison d'une exacerbation de l'instabilité, la prescription de psychostimulants à libération prolongée est acceptée. Lorsque Mme X et Alex repartent avec la première ordonnance nous doutons de l'observance médicamenteuse. La semaine suivante la secrétaire du CMP est la première surprise par le calme de l'enfant qui ne se manifeste pas dans la salle d'attente. Nous apprenons que la situation s'est également beaucoup améliorée à l'école. Par contre Mme X voit peu de changement au domicile où Alex est toujours très opposant. Alex se plaint de ne pas aimer le médicament car « il doit se lever tôt le matin pour le prendre ». Dans un mouvement empathique le consultant propose d'adjoindre une friandise à la prise de médicament. À ce moment, la mère s'interpose et dit : « Pas question, le docteur a dit que tu dois prendre le médicament et tu le prendras sans discuter ! » L'observance du traitement durera jusqu'aux grandes vacances suivantes malgré la plainte qu'il agisse peu sur l'opposition. Peu à peu l'évolution des interactions parents-enfant, ainsi que l'investissement d'Alex pour sa thérapie vont permettre l'arrêt du médicament.

L'acceptation de la prescription comme effet de tiers dans la relation mère-enfant semble aussi, voire plus importante, que l'effet pharmacologique indéniable du psychostimulant. Le médicament a été le médiateur permettant l'inscription d'Alex dans une relation triangulée avec sa mère et le médecin, support de projections paternelles. Cette vignette clinique illustre l'importance des effets transférentiels et contre transférentiels induits par la situation de prescription. Le poids symbolique du prescripteur est psychiquement associé à une réminiscence du vécu infantile des parents lorsqu'ils étaient eux-mêmes en relation avec leur médecin. Il n'est d'ailleurs pas rare que lors de la consultation les parents rapportent qu'ils ont pris des psychotropes dans l'enfance. Lorsqu'ils l'ont oublié ce sont les grands-parents qui le rappellent en apprenant la prescription pour leurs petits enfants.

L'enfant sujet de sa prescription

Le moment de la prescription est aussi un moment de dialogue avec l'enfant, l'intérêt du médicament est expliqué, ses effets indésirables probables évoqués, et nous tentons de construire une alliance thérapeutique en identifiant des améliorations attendues. Quand les symptômes permettent d'attendre il faut savoir prendre son temps et écouter les questions et réticences des patients. Les enfants ont une représentation du fonctionnement de leur corps et du mode d'action du médicament qui leur est propre. Une jeune fille de 10 ans ne comprenait pas comment un produit pris par la bouche pouvait agir sur des hallucinations acoustico-verbales qui étaient « dans ses oreilles ».

L'enfant doit pouvoir exprimer son refus du médicament même si ce dernier lui est ensuite imposé par le médecin et son entourage. Un patient nous l'a rappelé récemment. *Tom, âgé de 12 ans, est l'aîné d'une fratrie de*

trois enfants. Trois enfants d'un premier lit de la mère avaient été placés pour carences et mauvais traitements. Tom a été placé en pouponnière à l'âge de 9 mois, puis il a été placé en famille d'accueil avec sa sœur. En raison de l'agitation des deux enfants les services sociaux décident de les séparer et Tom est placé chez une seconde assistante familiale, Mme V. Il s'entend bien avec son assistante maternelle mais la scolarisation est difficile en raison de ses troubles du comportement : agitation, agressivité, opposition, impulsivité. Après avoir été exclu de l'école il est adressé à la consultation conjointement par son soignant référent du CMP et par le médecin du placement familial spécialisé où il est pris en charge. Il accepte un traitement et reçoit un antipsychotique de seconde génération, après quelques mois et l'exclusion d'un ITEP en externat où une nouvelle tentative de prise en charge avait été faite, nous percevons une dimension de grande labilité thymique chez Tom et un traitement stabilisateur de l'humeur (valproate) est associé avec un effet clinique remarquable. Tom se plaint de la prise de poids provoquée par le traitement antipsychotique, nous lui proposons alors de substituer l'halopéridol à la rispéridone. Pendant la période d'augmentation progressive du traitement une nouvelle tentative de scolarisation est entreprise dans un centre spécialisé. Après quelques jours il en est exclu pour avoir provoqué et insulté les éducateurs. Il arrive à la consultation suivante mutique et opposant, il est provoquant et écrase un crayon sur le bureau dont il commence à attaquer le bois. Mme V. nous signale qu'il dit que le traitement ne lui fait pas d'effet. Devant l'impossibilité de tout dialogue, la tension et l'agressivité que nous percevons, nous décidons de poursuivre le schéma thérapeutique et d'augmenter les doses d'halopéridol. Il commence alors à projeter des objets dans le bureau en direction du médecin mais en prenant garde de ne pas l'atteindre. Le dialogue finit par s'instaurer : il dit qu'il ne quittera pas le bureau tant qu'on ne lui aura pas diminué les « médocs ». Suit alors une période d'affrontement verbal où nous lui confirmons notre conviction et persistons dans la prescription. Il explique alors que ce qu'il ne supporte pas dans notre décision d'augmenter le traitement est qu'elle n'a pas été concertée avec lui alors que nous avions l'habitude de discuter chaque prescription. Nous lui renvoyons alors que son attitude de refus de dialogue du début de l'entretien nous a contraints à cette attitude « en miroir » : augmenter son traitement sans pouvoir en parler avec lui. Il sourit, applaudit et quitte facilement le bureau avec son ordonnance. La semaine suivante, alors qu'il n'a pas rendez-vous, il entre dans le bureau très souriant pour nous saluer sous prétexte de demander s'il n'a pas oublié un livre lors de la dernière consultation.

Dans cette situation, outre l'effet pharmacologique, la prescription permet de tenir un cadre qui soutient le cadre thérapeutique de l'accueil familial. L'échec des scolarisations et des insertions sociales tient essentiellement à l'hypersensibilité du patient en rapport avec sa fragilité narcissique. Cet apparent « loupé » lors de la consultation a permis de le verbaliser et de le renvoyer à Tom sous forme d'un acte à valeur interprétative.

L'imprévu

Comme toute consultation en pédopsychiatrie la consultation où l'on prescrit est ouverte à l'effet de surprise et à l'imprévu. Élodie était connue du CMP où elle avait été suivie en thérapie et en orthophonie pour un important retard de langage dans le contexte d'une relation fusionnelle avec sa mère. L'année de son CE2 elle commence brutalement un début de refus scolaire. Outre la reprise des consultations, une prescription d'antidépresseur sérotoninergique est proposée. Malgré la dose modérée à laquelle le traitement est prescrit, Élodie présente un virage de l'humeur de type maniaque. Elle est familière, euphorique, insouciante ; cet effet secondaire lui a permis de retourner à l'école sans angoisse. Le traitement est bien entendu arrêté, aucun autre médicament n'est prescrit et en peu de temps Élodie redevient normo-thymique. L'effet théoriquement indésirable et imprévu du médicament a pu dans ce cas être synergique à l'effet thérapeutique et a permis d'éviter l'installation d'une phobie scolaire durable qu'on pouvait redouter dans cette configuration de relation fusionnelle mère-fille.

La relation d'objet

F. Askenazy souligne le risque de modification de la relation d'objet au sein de la consultation que peut entraîner la prescription de psychotropes. L'acte psychiatrique mimant alors une consultation médicale caricaturale d'où le sujet et sa problématique sont évacués. La prescription reproduit et répète « un déni familial qui efface un pan de l'histoire des affects de l'enfant et de ses parents » [1]. Une des façons de limiter ce risque est de préconiser une thérapie bifocale avec un prescripteur et une prise en charge individuelle ou de groupe instaurée sur un modèle psychodynamique. Nous avons adopté ce modèle en initiant la consultation « médicament » mais, au fil du temps, nous avons constaté que les échanges verbaux et la dynamique transférentielle qui s'instauraient entre le patient et sa famille et le prescripteur érigeaient le médicament au rang de médiateur permettant une approche psychodynamique. Avec certains adolescents qui refusent une approche psychothérapique ou un groupe thérapeutique le dialogue qui se noue autour d'un discours sur le produit, ses effets, les apaisements qu'il procure, permet souvent d'élaborer des projets, ou de travailler sur les implications narcissiques d'un changement de comportement.

Le sens de la prescription

La prescription renvoie à plusieurs dimensions : Tout d'abord une dimension symbolique en lien avec la représentation du médicament. André Green parlait à ce sujet de molécules sémantophores [9]. Le nom du médicament est important dans le sens ou il renvoie à des représentations inconscientes, par exemple ils peuvent renvoyer à l'opposition masculin/féminin. Les médicaments ont un genre : Le méthylphénidate s'appelle le Ritalin° au Canada, la Ritaline° en France ; la rispéridone devient le Risperdal°. Dans un autre ordre d'idée nous avons reçu la mère d'un jeune enfant très agité qui avait dans son sac des bonbons qu'elle donnait régulièrement à son fils pour essayer de le contenir et de le faire obéir. La marque des bonbons était des « Stoptou°».

La prescription est également un agir qui a valeur d'interprétation dans une relation où intervient une dimension transférentielle. Enfin la prescription a un sens neurobiologique en ce qu'elle répond, chez le prescripteur, à une représentation du fonctionnement neurobiologique du cerveau en rapport avec la psychopathologie. Si on prescrit un psychostimulant c'est qu'on sait qu'on va libérer de la dopamine dans les synapses de la voie dopaminergique méso-corticale, ce qui va améliorer l'attention, et aussi dans la voie dopaminergique nigrostriée qui est en cause dans l'instabilité et l'impulsivité [20]. Dans ces cas, on ne fait pas l'hypothèse que l'enfant est agité parce qu'il est déprimé. Les symptômes dépressifs répondant mieux chez l'enfant à la psychothérapie et exceptionnellement aux antidépresseurs sérotoninergiques [2].

Une autre illustration en est donnée par Brigitte Chamak [5] lors de son entretien avec André Masse. Ce confrère québécois choisit de prescrire un antidépresseur sédatif ayant des propriétés sérotoninergique et noradrénergique (mirtazapine) aux autistes angoissés et agités, plutôt qu'un antipsychotique. Les raisons de cette prescription sont qu'il fait l'hypothèse que la nature de l'angoisse des autistes n'est pas psychotique. Il prescrit donc en rapport avec ses représentations théoriques. Il dit avoir observé des résultats positifs ce qu'on retrouve dans quelques cas isolés qui ont été publiés. Mais l'efficacité de ce produit dans l'autisme n'a pas été démontrée par des études rigoureuses. Une seule étude ouverte sur une vingtaine de cas fait état de résultats mitigés [18]. Nous nous retrouvons devant un problème majeur en matière de psychopharmacologie pédiatrique : certains résultats empiriques ne peuvent pas être confirmés faute d'études contrôlées rigoureuses.

Discussion

L'utilité de la prescription de psychotropes en pédopsychiatrie dans certaines situations n'est plus à démontrer. Il s'agit d'indications peu nombreuses au regard de l'importante file active que traitent chaque année les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Néanmoins ces quelques cas interrogent l'identité du pédopsychiatre. Nous reconnaissons-nous dans l'identité du psychiatre prescripteur ? Celui qui pourrait avoir une lecture à la fois psychiatrique et psychopathologique [10] ?

Nous pouvons refuser cette identité en évoquant des problèmes éthiques : les structures cérébrales sont encore en formation chez l'enfant et non pas en évolution comme chez l'adulte. Il n'y a que très peu d'études sur les effets à long terme des psychotropes prescrits dans l'enfance. Mais nous pouvons aussi nous demander quels effets aura ce principe de précaution, l'abstention de prescription, sur le développement cognitif, affectif et à plus long terme sur l'insertion sociale. Il nous appartient alors de faire une proposition thérapeutique à l'enfant et sa famille en prenant la responsabilité d'avoir choisi un rapport bénéfice/risque favorable pour le patient [13]. En cela la position du médecin psychiatre dans une équipe pluridisciplinaire est différente de celle de tous les autres membres de l'équipe. Sur le plan éthique nous avons la responsabilité de pouvoir utiliser des produits permettant de diminuer la souffrance psychique et l'angoisse de nos patients. Pour contrebalancer certaines hésitations rappelons-nous le retard qu'avait pris notre pays dans le traitement de la douleur chez l'enfant.

André Green disait que l'action symptomatique liée au médicament n'est pas un processus de guérison mais une modification clinique : l'atténuation des symptômes. La prescription vient rompre une spirale où le symptôme aggrave les difficultés interactives familiales qui, par contre coup, rigidifient la position de chacun ce qui a tendance à faire flamber les symptômes. Lorsque avec un médicament on parvient à inverser cette spirale l'amélioration clinique permet à la famille de réajuster son comportement vis-à-vis de l'enfant qui en contrepartie se trouve valorisé narcissiquement et a moins besoin de produire des symptômes. La mère d'un enfant hyperactif observait qu'il avait fallu l'amélioration liée à la prescription d'un traitement psychostimulant pour qu'elle « crie moins » et retrouve du plaisir à être avec son fils.

Dans d'autres cas le médicament peut empêcher le passage à l'acte institutionnel voire l'hospitalisation en urgence. La prescription c'est aussi se donner du temps d'élaboration dans les situations qui peuvent paraître urgentes : paradoxalement l'idée d'une prescription relance l'élaboration psychique dans les situations de blocage où tout semble figé.

Au niveau contre-transférentiel, le risque pour le prescripteur est de croire que l'amélioration vient essentiellement de son traitement. Devant les effets positifs sur les symptômes liés à l'introduction du produit il existe aussi le risque d'une bascule transférentielle des parents sur le prescripteur alors que l'enfant lui reste principalement engagé dans sa relation avec son thérapeute. Il s'agit d'une problématique importante à élaborer d'autant que l'amélio-

ration symptomatique peut renforcer les résistances ; l'enfant libéré de contraintes pathologiques souhaite alors s'investir dans des activités. À partir de là il faut savoir utiliser le transfert positif développé sur le prescripteur pour maintenir le cadre du projet thérapeutique global.

Conclusion

Pour prescrire faut-il briser un tabou ? Il y a quelques années on pouvait lire sous forme de cris d'alarme que « le réductionnisme opératoire des prescriptions médicamenteuses est le contraire d'un progrès de la pensée et de la qualité des soins » [4].

Cette assertion est réelle lorsque ce ne sont pas des psychiatres qui prescrivent. On ne prescrit pas un psychotrope comme un antibiotique !

Les améliorations cliniques liées à une prescription ne signent pas le primat biologique des troubles, prescrire n'est pas disqualifier la psychopathologie et au contraire la prescription de psychotropes prend toute sa dimension lorsqu'elle est réalisée par un médecin ayant une formation psychodynamique.

Beaucoup s'estiment mal formés à la psychopharmacologie et préfèrent avoir recours pour les prescriptions de psychostimulants à l'aide d'un pédiatre ou d'un neurologue hospitalier. Pourtant la formation à la psychopharmacologie est beaucoup plus rapide et facile que celle à la psychodynamique qui demande des années de travail et d'expérience.

Habituellement les articles traitant de psychopharmacologie pédiatrique concluent sur la nécessité de développer des études permettant de mieux connaître l'effet des médicaments sur l'enfant afin de pouvoir prescrire avec un maximum de sécurité et d'efficacité. Aujourd'hui il est aussi nécessaire d'avancer dans l'élaboration théorique d'une pratique qui, alliant prescription et approche psychodynamique, permettrait de soulager la souffrance psychique en relançant les processus de pensée. Plutôt que de multiplier les consultations « médicament » il serait préférable que la prescription soit intégrée dans la pratique de tout psychiatre d'enfant et s'articule à une approche psychodynamique.

Références

1. ASKENAZY F. Place de la prescription en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2006 ; 54 : 165-8.

2. Afssaps : Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Janvier 2008. afssaps.sante.fr.

3. BERGER M, RIGAUD C. Le point de vue du psychothérapeute sur la prescription de psychotropes chez l'enfant de moins de 12 ans. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2001 ; 49(2) : 108-12.

4. BURSZTEJN C, CHANSEAU JC, GEISSMANN-CHAMBON C, GOLSE B, HOUZEL D. Ne bourrez pas les enfants de psychotropes. *Enfances & Psy* 2004 ; 24(1) : 42-5.

5. CHARMAK B. Les logiques de prescription dans l'autisme. Entretien avec le Dr André Masse. In : COLLIN J, OTERO M, MONNAIS L, eds. *Le Médicament au cœur de la socialité contemporaine*. Quebec : Presses de l'université du Québec, 2006 : 153-75.

6. DUMORTIER G, WELNIARZ B, SAUVEBOIS S, *et al.* Prescription des psychotropes en pédopsychiatrie : limites des indications officielles et perspectives thérapeutiques. *L'encéphale* 2005 ; 31 : 477-89.

7. DUVERGER P, MALKA J, NINUS A. Prescription et observance : réflexions d'une équipe de pédopsychiatrie. *Enfances et Psy* 2004 ; 25 : 31-41.

8. EHRENBERG A. Le cerveau de l'individu, neurosciences, psychiatrie, individualisme. In : COLLIN J, OTERO M, MONNAIS L, eds. *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine*. Québec : Presses de l'université du Québec, 2006 : 153-75.

9. GREEN A. La psychopharmacologie : ouvertures, impasses, perspectives. *L'évolution psychiatrique* 1966 ; 31 : 681-705.

10. GOLSE B, ZIGANTE F. L'enfant, les psychotropes et la psychanalyse. *Rev Fr Psychoanal* 2002 ; 2 : 433-46.

11. JEAMMET P. Démystifier les psychotropes : un outil parmi d'autres. *Rev Fr Psychoanal* 2002 ; 2 : 424-31.

12. KINOO P, KPADOMOU-FIOSSI E. Enfant, contenance et contention. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2008 ; 56 : 117-21.

13. LACHAUX B, LACHAUX A. Éthique et responsabilité en matière de prescription chez l'enfant. *ANAE* 2002 ; 70 : 324-30.

14. LEBOVICI S. Classification des troubles mentaux. In : *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 3e* éd. Paris : PUF, 1997 : 3047-57.

15. LECOMTE F, CHOUCHENA O, HALFON O. La prescription de psychotropes : une question posée à la parentalité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2003 ; 21 : 223-8.

16. MASSARI B. La prescription des psychotropes en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1984 ; 32 : 433-41.

17. PÉRISSE D, GÉRARDIN P, COHEN D, FLAMENT M, MAZET P. Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2006 ; 54 : 401-10.

18. POSEY DJ, GUENIN KD, KOHN AE, SWIEZY NB, MCDOUGLE CJ. A naturalistic open-label study of mirtazapine in autistic and other pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2001 ; 11 : 267-77.

19. SCHIK J, WILLEM P, WEILL G. Prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents région Alsace 2002. *Rev Med Assurance Maladie* 2004 ; 35 : 13-8.

20. STAHL SM. *Psychopharmacologie essentielle*. Paris : Flammarion, 2002 ; (601 p).

21. THÉVENOT JP, BOUDART Y. Le psychiatre d'enfant face à la prescription de médicament. Résultat de l'enquête nationale. *L'Information Psychiatrique* 2000 ; 76 : 267-72.

22. WELNIARZ B, LAUTH B. Traitement de l'hyperactivité : autour de la prescription de psychostimulants. *Perspectives Psy* 2004 ; 43 : 65-71.

23. WELNIARZ B, MEDJDOUB H. Alternatives à l'utilisation des neuroleptiques dans l'agressivité chez l'enfant. *Perspectives Psy* 2004 ; 43 : 8-17.

24. WELNIARZ B. Agressivité et violence chez l'enfant : l'intérêt d'une double lecture clinique. *Perspectives Psy* 2006 ; 45 : 93-100.

25. WELNIARZ B, MEDJDOUB H. L'hospitalisation temps plein en psychiatrie infantojuvénile : un état des lieux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2007 ; 55 : 401-6.

26. WINNICOT D. Le respect du symptôme en pédiatrie. 1953, exposé d'un cas. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 203-22.