

THESE
pour le
DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par

M^{lle} HARDY Chloé

Présentée et soutenue publiquement le 25 mars 2008

Prise en charge pédopsychiatrique des troubles du comportement chez l'enfant au sein du SHIP à Nantes et analyse de dossiers patients en 2006, bénéficiant d'une prescription de rispéridone.

Président : M. Jean-Yves PETIT
Professeur de pharmacologie et Pharmacocinétique Université de Nantes

Membres du Jury :
Mme Brigitte MAULAZ-PRUD'HOMME
Pharmacien chef de service, Hôpital Saint-Jacques CHU de Nantes

Mme le Dr Carole GETIN
Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier du SHIP à Nantes

Sommaire

Liste des abréviations	5
Introduction	8
1 ^{ère} Partie :	9
Présentation du SHIP	9
1 Description	10
1 1 SHIP	10
1 2 L'équipe	11
1 3 Structure	16
2 Déroulement de l'hospitalisation	17
2 1 Modes d'admission	17
2 2 Indications	18
2 3 Objectifs	18
2 4 Durée des séjours	19
2 5 Contexte et règles de vie au sein de l'unité	20
3 Observation de l'année 2006	22
2 ^{ème} Partie :	29
Prise en charge en pédopsychiatrie	29
1 Soins non médicamenteux	30
1 1 Individuels	30
1 2 Groupes	39
1 3 Familiaux	45
2 Traitements médicamenteux	46
2 1 Consommation des médicaments symptomatiques en 2006	46
2 2 Consommation des médicaments psychotropes en 2006	47
3 ^{ème} Partie :	51
Présentation de la rispéridone (Risperdal®)	51
1 Présentation de la molécule	52
1 1 Structure	52
1 2 Indications	52
2 Pharmacodynamie	57
3 Pharmacocinétique	58
3 1 Absorption	58
3 2 Distribution	58
3 3 Métabolisation	59
3 4 Elimination	59
3 5 Particularités chez l'enfant	59
4 Interactions médicamenteuses	60
4 1 Déconseillées	60
4 2 Précautions d'emploi	61
4 3 A prendre en compte	61
5 Effets indésirables	62
5 1 Généraux	62
5 2 Plus fréquents chez l'enfant	63
6 Contre-indications	66
7 Surdosage	66

8 Galénique	67
9 Modalités de prescription et suivi chez l'enfant.....	68
4 ^{ème} Partie :	71
Analyse des dossiers d'enfants hospitalisés en 2006 au SHIP présentant un trouble du comportement induisant une prescription de rispéridone.....	71
1 La méthodologie.....	72
1 1 Modalités de choix des dossiers	72
1 2 Présentation de la grille des critères	73
2 Classification des pathologies rencontrées.....	77
2 1 Autisme et troubles psychotiques.....	77
2 2 Troubles névrotiques	78
2 3 Pathologies limites, troubles de la personnalité	79
2 4 Troubles réactionnels	79
2 5 Déficiences mentales.....	80
2 6 Troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales.....	81
2 7 Troubles des conduites et des comportements	81
2 8 Troubles à expression somatique	82
2 9 Variation de la normale	82
3 Résultats	83
3 1 Information sur les patients	83
3 2 Information sur l'hospitalisation	89
3 3 Information sur le traitement : rispéridone.....	93
4 Commentaire et discussion sur le traitement.....	99
4 1 Posologie	99
4 2 Âge	100
4 3 Monothérapie	100
4 4 Indications	101
4 5 Tolérance.....	102
Conclusion.....	104
Annexes.....	106
Liste des figures	108
Liste des tableaux	110
Bibliographie.....	112
Références internet.....	118
Table des matières.....	120

Liste des abréviations

Liste des abréviations

AAA	Antalgique, antipyrétique, antispasmodique
ABC	Aberrant Behavior Checklist
AINS	Antiinflammatoire non stéroïdien
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ASH	Agents de Service Hospitalier
BMI	Body Masse Indice
BPI	Behavior Problems Inventory
CBCL	Child Behavior Checklist
CFTMEA	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CGI	Clinical Global Impression
CGI-C	Clinical Global Impression-Change
CGI-I	Clinical Global Impression-Improvement
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CIO	Centre d'Information et d'Orientation
CPK	Créatinine PhosphoKinase
DBD	Disruptive Behavior Disorder
DCI	Dénomination commune internationale
DESC	Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires
EEG	Electroencéphalogramme
G5	Glucose 5%
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IMC	Indice de Masse Corporelle
IME	Instituts Médicaux Educatifs
IRM	Image à Résonance Magnétique
ITEP	Instituts Educatifs Thérapeutiques et Pédagogiques
MOAS	Modified Observed Aggression Scale
MUSE	Mini Unité Soins-Etudes
NA	Non Applicable
NCBRF	Nisonger Child Behavior Rating Form
NFS	Numération de Formule Sanguine
OAS	Overt Aggression Scale
PPI	Pour préparation injectable
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur

Liste des abréviations / Suite

QI	Quotient Intellectuel
RAAPP	Rating of Agression Against People and/or Property
SAFT	Service d'Accueil Familial Thérapeutique
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SISMLA	Syndicat Interhospitalier en Santé Mentale de Loire-Atlantique
SHIP	Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie
TAT	Thematic Apperception Test
TC	Troubles des Conduites
TDAH	Trouble Déficit Attention/Hyperactivité

Introduction

Introduction

Lors de ma cinquième année en qualité d'étudiante en pharmacie, à la Faculté de Nantes, j'ai effectué un stage de trois mois d'externe en pharmacie, à la **Pharmacie à Usage Intérieur (PUI)** de l'hôpital Saint-Jacques du CHU de Nantes.

Cette PUI s'occupe de services de Gériatrie (670 lits), de Rééducation Fonctionnelle (262 lits) et de **568 lits de Psychiatrie**.

J'ai porté un intérêt tout particulier, à une structure, le **Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédo-psychiatrie (SHIP)**, qui est un service d'hospitalisation à temps plein.

Ce type de service est encore rare, c'est l'unique service de cette nature dans le département.

L'infrastructure, l'accueil, la prise en charge pluridisciplinaire, la polyvalence et la qualité relationnelle soignant-patient de ce service m'ont beaucoup intéressée.

D'un point de vue pharmaceutique, j'ai recensé les médicaments prescrits par les pédopsychiatres du service, en soulevant un problème auquel les prescripteurs sont souvent confrontés ; la prescription hors **Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)**.

Pour cela, j'ai étudié les prescriptions de rispéridone chez les enfants étant hospitalisés pour la première fois au SHIP pendant l'année 2006, la rispéridone étant l'antipsychotique le plus prescrit au SHIP en 2006 et ayant une AMM très précise.

Pour développer ce sujet, je vais présenter dans une première partie, **le service du SHIP**, puis dans une seconde partie **la prise en charge pédopsychiatrique**.

Ensuite, j'aborde en troisième lieu l'effet pharmaceutique de **la rispéridone** et dans une quatrième partie, l'exploration des nouveaux **dossiers patients**, sous rispéridone en 2006 au SHIP.

1^{ère} Partie :

Présentation du SHIP

1 Description

1 1 SHIP

Le SHIP est un service départemental non sectorisé, qui est rattaché au Syndicat Interhospitalier en Santé Mentale de Loire-Atlantique (SISMLA).

Le SISMLA est un organisme de coopération créé en 2000 par les Centres Hospitaliers de Nantes, Saint-Nazaire, Blain, Montbert et par l'Office Central d'Hygiène Sociale. Ces établissements ont décidé de gérer en commun leurs activités d'accueil familial thérapeutique pour adultes et enfants ainsi que l'hospitalisation à temps complet de pédopsychiatrie de Loire-Atlantique.

Le SHIP est installé dans l'enceinte de l'Hôpital Saint Jacques à Nantes, depuis 1998.

Le service est ouvert 365 jours par an, il fonctionne 24 heures sur 24, le bureau de soins est toujours joignable par téléphone.

Dix enfants et adolescents de moins de 16 ans peuvent y être accueillis. Un lit fonctionne en accueil d'urgence. En pratique les enfants ont entre 3 et 16 ans, il s'agit d'hospitalisation à temps plein uniquement. Ce service est ouvert.

Une équipe pluridisciplinaire assure l'accueil et les soins.

Depuis 2002, s'y est adjointe une deuxième unité fonctionnelle : la **Mini Unité Soins-Etudes** (MUSE). Elle fonctionne sur le modèle des structures de la Fondation de Santé des Etudiants de France.

Elle accueille des jeunes présentant des troubles psychiques entravant la poursuite d'une scolarité complète.

Les prises en charge sont ambulatoires par demi-journée, du lundi matin au vendredi soir.

Cet accueil permet de mettre en place un suivi pédagogique personnalisé, individuel ou en petit groupe, associé à des prises en charge thérapeutiques.

Elle s'adresse à des collégiens et lycéens présentant des difficultés sévères liées à l'entrée dans une psychose, des troubles de l'humeur, des névroses, des dysharmonies d'évolution psychotique, des phobies scolaires ou sociales, des troubles du comportement alimentaire ou tout autre trouble de la personnalité justifiant la mise en place d'adaptations pour la poursuite d'une scolarité normale.

1 2 L'équipe

L'équipe pluridisciplinaire permet une prise en charge du patient dans sa globalité, elle est composée de :

1 2 1 Deux pédopsychiatres

Les deux pédopsychiatres, Monsieur le Dr Gorans, chef de service et Madame le Dr Gétin, ont la responsabilité du projet médical et des soins au SHIP, mais aussi à la MUSE. Ils dirigent l'équipe dans la stratégie de soins, assurent les liens avec les structures et correspondants extérieurs en particulier avec les relais de soins.

Au sein du SHIP, les pédopsychiatres ont un rôle central d'organisation et de coordination de la prise en charge thérapeutique de l'enfant.

Le cursus de pédopsychiatre consiste en six années d'études de médecine, suivies de quatre ans d'internat de psychiatrie générale, puis un Diplôme d'Etude Spécialisées Complémentaires (DESC) de pédopsychiatrie de deux ans.

1 2 2 Un interne

Un interne en psychiatrie est nommé dans le service dans le cadre de sa formation. La prise en charge de quelques patients lui est confiée dans sa globalité, et régulièrement analysée avec les praticiens hospitaliers, afin d'acquérir des compétences en pédopsychiatrie, en plus de celles acquises en psychiatrie adulte.

1 2 3 Une pédiatre

La pédiatre a une activité libérale et effectue une vacation au SHIP tous les jeudis matin.

Elle effectue des bilans de santé générale, s'occupe du suivi somatique et veille à la validité des vaccinations.

1 2 4 Une psychologue

La psychologue travaille pour 90% de son activité au SHIP. Elle réalise des bilans et des entretiens contribuant au diagnostic. Elle assure également l'animation d'ateliers thérapeutiques et des prises en charge individuelles.

1 2 5 Une assistante sociale

L'assistante sociale exerce son activité à 80% de son temps au SHIP et 20% à la MUSE. Son rôle est d'assurer l'interface entre l'équipe de soins et les structures sociales, éducatives, scolaires...

1 2 6 Une psychomotricienne

La psychomotricienne est présente à mi-temps dans le service les lundis, mardis et jeudis.

La notion de psychomotricité recouvre à la fois un concept, une pratique et parfois même le développement psychomoteur de l'enfant. Jusqu'alors, il était de coutume de discerner, d'une part des soignants pour le corps, d'autre part, des soignants pour l'âme.

Du fait de leur pathologie et/ou de leur âge, les patients accueillis au SHIP expriment fréquemment leur souffrance en grande partie sur le versant corporel : pathologies somatiques, hypertonie, inhibition, théâtralisation, problématiques alimentaires, troubles du sommeil... Au regard de leurs difficultés de verbalisation, une approche corporelle de leurs troubles paraît donc tout particulièrement indiquée.

1 2 7 Une orthophoniste

L'orthophoniste est présente dans le service la journée du vendredi, correspondant à 20% de son activité totale. Elle exerce une activité libérale le reste du temps. Elle anime l'atelier écriture avec un infirmier. Par ailleurs, l'orthophoniste prend en charge individuellement les patients pour un bilan orthophonique, ou pour des séances de travail individuel (travail de voix, jeu théâtral, expression, affirmation de soi...).

1 2 8 Deux enseignants

Un enseignant du premier degré spécialisé travaille pour un tiers de son activité au SHIP, ce qui représente huit heures effectives avec les enfants. Il s'occupe du français et des mathématiques. Il assiste deux à trois fois par semaine aux staffs du service.

Un autre enseignant propose trois heures de cours d'anglais.

Cette prise en charge scolaire est tout à fait indépendante de celle de la MUSE.

1 2 9 Un cadre de santé

La cadre de santé possède une formation d'infirmière puéricultrice.

La cadre effectue différentes fonctions au sein du service :

- une fonction administrative, avec la gestion des plannings des infirmiers, des Agents de Service Hospitalier (ASH), la gestion des lits en concertation avec les médecins, les arrêts maladies, mutations, entretiens d'embauche, plannings de vacances, les formations du personnel ;
- une fonction logistique, l'interrelation avec les autres services (pharmacie et services de soins), avec les transports, pour les travaux, pour la cuisine ;
- une fonction de gestion, du matériel, des locaux, du service dans son ensemble ;
- elle a un rôle dans l'organisation et la qualité des soins, elle veille à ce qu'un bon état d'esprit d'équipe règne au sein du service, afin que les infirmiers soient disponibles au maximum pour les patients. Elle est au centre des différents intervenants et veille à la bonne circulation de la parole ;
- elle encadre les stagiaires, notamment infirmiers.

1 2 10 Dix-sept infirmiers à temps plein

Les infirmiers sont divisés en deux équipes, une équipe de jour et une de nuit.

Le jour, les infirmiers travaillent par équipe de trois, deux équipes successives évoluent le jour de 7h00 à 15h00, puis de 13h30 à 21h30.

La nuit et les week-ends, deux infirmiers prennent la garde de 21h15 à 7h15.

1 2 11 Une infirmière de liaison

L'infirmière de liaison exerce à temps plein. Elle était infirmière au SHIP auparavant, le poste de liaison nécessitant une bonne connaissance du service.

En pré-hospitalisation, elle participe aux consultations médicales de pré-admission. L'**Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)** recueille des informations sur la situation du patient, elle fait visiter le service et en explique le fonctionnement. Elle transmet oralement et par écrit les motifs de l'hospitalisation, la date, les modalités...

Si l'hospitalisation est différée (manque de place, demande d'hospitalisation à expliciter), elle peut organiser et participer à une concertation avec les différents intervenants qui gravitent autour de l'enfant, destinée à évaluer la situation et élaborer un projet de soins adapté.

Des visites à domicile peuvent aussi être proposées afin de soutenir l'enfant et sa famille en attendant l'hospitalisation ou afin de préparer l'hospitalisation.

Une collaboration avec les services de Pédiatrie peut également s'effectuer pour préparer l'admission ou la réadmission d'un jeune.

En cours d'hospitalisation, elle participe à la réflexion sur chaque enfant ou adolescent.

Si possible, elle intervient en co-animation lors d'ateliers thérapeutiques. Elle est aussi présente dans le service avec les enfants et les adolescents lors des transmissions infirmières, afin de faire davantage connaissance avec eux.

Elle fait partie de l'équipe de liaison, composée des médecins, du cadre de santé, de l'assistante sociale, de la psychologue, de la secrétaire du SHIP, de la secrétaire de la MUSE, qui se réunit tous les jeudis de 15h à 16h. Cette réunion de liaison a pour but d'identifier les demandes d'hospitalisation, de consultation de pré-admission, d'échanger les points de vue sur les enfants ou adolescents reçus en consultation de pré-admission. Elle permet aussi de discuter des visites à domicile en cours, et des concertations prévues .

Un temps de liaison de 16h à 18h est ouvert le jeudi aux équipes extérieures soignantes, éducatives, sociales, aux juges..., ceci favorisant la connaissance réciproque des moyens de collaboration.

Après l'hospitalisation, l'infirmière de liaison aide à la réinsertion du jeune dans le monde extérieur, par le biais de visites à domicile avec le patient, sa famille, l'éducateur ou autre. L'infirmière s'entretient dans un premier temps avec l'enfant et toute sa famille, puis dans un second temps avec l'enfant seul.

Elle intervient sur prescription médicale, le temps d'un relais de soins.

Elle peut aussi réaliser un suivi ambulatoire à la sortie du SHIP, en complément du suivi médical fait par un pédopsychiatre du SHIP, notamment pour les patients anorexiques, ou les patients nécessitant une surveillance des effets d'un traitement médicamenteux (avec les neuroleptiques par exemple).

1 2 12 Des agents de service hospitalier (ASH)

Trois agents de service hospitalier sont employés à temps plein.

Un ASH est présent pour chaque équipe d'infirmiers de jour. Leur rôle consiste à l'entretien des locaux, le soin du linge des enfants, la préparation des repas et, d'autre part, ils assistent aux transmissions effectuées à chaque changement d'équipe infirmière et co-animent l'atelier cuisine.

1 2 13 Une secrétaire

La secrétaire est présente dans le service à 90%. Le secrétariat est ouvert tous les jours de 9h à 12h et de 14h à 17h.

Son activité est répartie entre les réunions de service, synthèses, staffs mais aussi le travail plus classique de secrétariat médical. Elle exerce un rôle important de communication et de liaison entre les différents professionnels, qui pour beaucoup interviennent à temps partiel dans le service.

1 2 14 Le planning hebdomadaire

La vie de l'équipe pluridisciplinaire est marquée par les différentes réunions.

Tous les matins à 9h00, la journée débute par le staff pluridisciplinaire, un(e) infirmier(e) de l'équipe prend la parole pour décrire, patient après patient, la journée précédente, ainsi que le déroulement de la nuit.

Le lundi et/ou le jeudi après midi de 14h à 15h, une synthèse a lieu. Elle consiste en une réunion pluridisciplinaire de l'équipe du SHIP qui aborde la situation d'un ou deux enfants présentant une problématique particulière, afin de faire un point sur la stratégie thérapeutique adoptée.

Des réunions de concertation avec l'ensemble des partenaires de soins qui s'occupent de l'enfant, peuvent être prévues, notamment pour organiser la sortie.

Elles réunissent le pédopsychiatre référent, les deux infirmiers référents du SHIP, mais aussi par exemple l'assistante sociale en charge du dossier, le psychiatre de ville, une infirmière de l'hôpital de jour

Quatre lundis par an, le conseil de pôle réunit l'équipe pluridisciplinaire. Seront abordés les thèmes relatifs à l'organisation du service : par exemple, des demandes de formations, la proposition de réaliser un nouvel atelier, seront formulées, l'organisation du roulement des infirmiers pourra être discutée.

Un lundi par mois, se déroule la réunion de fonctionnement, dont le but est d'aborder des points particuliers du fonctionnement du service (par exemple, la prise en charge des enfants violents, modifications de fonctionnement liées à l'interdiction du tabac...).

Des réunions théoriques cliniques ont aussi lieu le lundi en alternance avec les autres réunions. Celles-ci consistent à travailler sur un thème d'actualité exposé par un ou plusieurs professionnels du service en faisant appel parfois à des intervenants extérieurs.

Le premier mardi de chaque mois, la réunion des infirmiers regroupe les deux équipes de jour, l'infirmière de liaison, la cadre ainsi que tous les autres infirmiers s'ils souhaitent y assister. Cette réunion met en exergue les dysfonctionnements, les plannings et permet, en cas de tensions dans l'équipe de les évacuer.

1 2 15 Particularité

Comme cela est de pratique assez courante en pédopsychiatrie, le port de la blouse blanche est proscrit. Les gestes médicaux s'avérant relativement rares au sein de la structure, cette dernière n'est pas fondamentale, et l'effet « blouse blanche » est évité.

1 3 Structure

Actuellement le service est hébergé dans des locaux de l'Hôpital Saint-Jacques, il est constitué d'un rez-de-chaussée qui est réservé aux consultations et à l'administration. Nous y trouvons les bureaux des pédopsychiatres, de l'interne, de la psychologue, la psychomotricienne, l'assistante sociale, l'orthophoniste, occupés à tour de rôle en fonction des consultations prévues. Ce niveau se compose, de plus, d'une salle de réunion et du secrétariat.

L'ensemble de l'équipe a à cœur que ces locaux soient propres et accueillants autant que possible, en décorant, aménageant la structure de manière chaleureuse pour que les enfants et leurs parents s'y sentent le mieux possible. Les consultations pédopsychiatriques dans des canapés et fauteuils autour d'une table basse, ainsi que des jeux pour les enfants permettent une atmosphère plus détendue.

A l'étage, le service d'hospitalisation est constitué d'une grande pièce de vie avec canapés, fauteuils, coin repas, coin de jeux avec baby-foot. Le bureau de soins pour les infirmiers et l'équipe soignante et le bureau de la cadre sont interdits d'accès aux patients. D'autre part, la cuisine, la salle de classe, la salle d'activité et la salle télévision sont prévues pour effectuer les activités thérapeutiques, scolaires ou occuper les temps libres. Dans le couloir, se situent huit chambres, dont deux doubles, celles-ci ne sont pas meublées de lits médicalisés, mais avec un mobilier de chambre d'enfant. Les patients peuvent y apporter leurs affaires personnelles pour la décorer à leur gré, comme des posters, cadres, photos, jouets, toujours dans le souci permanent que l'hospitalisation soit la moins traumatisante possible pour l'enfant.

2 Déroulement de l'hospitalisation

2 1 Modes d'admission

L'indication d'hospitalisation par un psychiatre extérieur au service est obligatoire. La décision d'hospitalisation revient aux tuteurs légaux (les parents la plupart du temps). En situation de danger ou de dangerosité potentielle, si les parents sont injoignables ou hostiles à l'hospitalisation une ordonnance de placement provisoire du juge des enfants ou du procureur est nécessaire.

Il existe deux modes d'admission :

- L'admission programmée a lieu après une consultation de pré-admission et la visite du service, la date d'hospitalisation est prévue. Ce mode d'admission a lieu dans les deux tiers des cas environ.
- L'admission en urgence a lieu à la demande du psychiatre traitant ou des services d'urgences; elle peut s'effectuer 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en fonction des places disponibles dans le service ; ce mode d'admission représente environ un tiers des hospitalisations, mais l'évolution depuis quelques années tend vers une augmentation.

La consultation de pré-admission, a lieu rapidement après la demande, parfois 24 à 48 heures après si nécessaire. Elle est menée par un pédopsychiatre et l'infirmière de liaison.

Le médecin vérifie la juste indication de l'hospitalisation, soit 99% des situations.

Les buts de cette consultation sont d'évaluer la situation et le degré d'urgence, de présenter le service, de définir les objectifs de l'hospitalisation, de prévoir une date, quand c'est possible, car parfois il peut y avoir jusqu'à deux, trois mois d'attente, faute de place.

De rares cas ne donnent pas lieu à des hospitalisations, dus à une mauvaise indication du psychiatre prescripteur, à un manque de place tel, qu'il entraîne une recherche d'autres solutions ou un refus des parents; ces cas restent tout à fait exceptionnels. Lors d'un refus des parents, le médecin prescripteur est prévenu; si le patient est considéré en situation de danger, le juge pour enfants est contacté.

Suite à l'entretien, l'infirmière de liaison emmène l'enfant ainsi que ses parents ou accompagnateurs dans le service d'hospitalisation pour les familiariser avec les lieux.

La prochaine rencontre sera prévue lors de l'admission.

Celle-ci comprend le temps médical, au cours duquel le patient et son entourage sont accueillis par le médecin référent et un(e) infirmier(ère) référent(e), pour préciser les modalités de la période d'observation.

Enfin, le temps d'installation dans le service comprend la remise du carnet de santé de l'enfant, puis la signature des autorisations d'hospitalisation et d'opération en cas d'urgence.

2 2 Indications

L'hospitalisation au SHIP est obligatoirement motivée par des troubles psychiques.

Les motifs d'hospitalisation sont nombreux tels les crises d'agitation, les troubles du comportement avec violence, les dépressions, tentative de suicide, anorexie, boulimie, hyperphagie avec troubles psychiques, séjours de rupture dans le cadre d'une psychose ou d'un autisme, troubles obsessionnels graves, troubles anxieux, phobies sociales, syndromes post-traumatiques graves, phobie scolaire, entrée dans la psychose ou épisode aigu sur psychose ancienne ...

La contre-indication absolue n'existe pas, mais il est impossible techniquement d'accueillir les tout petits et leurs parents. Il existe un refus catégorique des hospitalisations de convenance ou hébergement, et des évitements de mesures éducatives ou judiciaires.

Les adolescents de plus de 16 ans ne sont pas hospitalisés au SHIP.

2 3 Objectifs

La mission du SHIP est d'accueillir des jeunes en situation aiguë ou complexe sur le plan psychique, qui ne sont pas ou difficilement gérables en ambulatoire ou en milieu non spécialisé en vue d'une prise en charge en soins « intensifs ».

Un projet thérapeutique individuel est établi lors de l'admission ; il est susceptible d'évoluer au cours de l'hospitalisation.

L'élaboration du projet thérapeutique passe par la détermination d'objectifs établis, conjointement avec l'enfant, ses parents, le médecin et deux infirmiers référents.

Un temps de séparation avec la famille est systématiquement proposé. Son but est de permettre à l'enfant et à ses parents de mieux faire le point sur la situation et les difficultés rencontrées.

Les soins hospitaliers s'articulent autour de plusieurs axes, mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle. D'une part, les enfants participent à la vie institutionnelle, aux activités et ateliers divers à visée thérapeutique, aux réunions de groupe, ainsi qu'aux différents entretiens : entretiens médicaux individuels, entretiens infirmiers individuels et entretiens avec les parents. D'autre part, un dispositif individualisé de prises en charge est mis en parallèle : psychologique, psychomotrice, orthophonique, pédiatrique, sociale, scolaire, déterminé en équipe au décours de la période d'observation.

Les modalités de la sortie font partie du projet thérapeutique et sont élaborées avec la famille et l'enfant.

La cellule de liaison se charge plus particulièrement des relais avec les interlocuteurs extérieurs.

2 4 Durée des séjours

La durée du séjour est, par principe, la plus courte possible. La durée moyenne des séjours avoisine les dix huit jours, mais en pratique, le temps d'hospitalisation est adapté selon les besoins du jeune; il peut varier de quelques jours à plusieurs mois. Le séjour est reconduit semaine par semaine, après l'entretien familial.

2 5 Contexte et règles de vie au sein de l'unité

Afin d'harmoniser la vie dans le service, de préserver le cadre du soin et garantir la sécurité de chacun, un certain nombre de règles collectives s'avèrent nécessaires.

2 5 1 Fonctionnement

a. Les horaires

Le lever s'effectue entre 8h et 9h en semaine, et entre 8h et 10h pendant le week-end ; le coucher, est quant à lui ordonné à 22h avec une extinction des lumières à 22h30. Concernant les repas, le petit-déjeuner est servi avant 9h en semaine et avant 10h le week-end et les jours fériés ; le déjeuner est proposé à 12h, le goûter à 16h30 et le dîner à 19h.

Le temps passé devant la télévision est aussi réglementé, la télévision est prohibée en cas de scolarité le lendemain; une soirée télévision est possible pour l'ensemble des enfants du dimanche soir au jeudi soir inclus. Il est aussi possible de regarder la télévision le vendredi et samedi soir.

Le choix du programme est élaboré en commun au cours de cette réunion; en cas de désaccord, l'équipe soignante décide.

b. Les contacts extérieurs

Les visites sont réservées à la famille proche et sont préférées le week-end, après avis médical.

Les communications téléphoniques sont données ou reçues, de 13h à 13h30, de 17h à 19h et de 20h à 20h30.

L'utilisation du téléphone portable est interdite.

Les communications sont limitées à dix minutes, il n'est pas possible d'appeler un portable.

Les sorties à l'intérieur de l'hôpital peuvent être autorisées par le médecin référent.

Toute absence non signalée, non autorisée ou dépassant le temps imparti est considérée comme fugue. Une déclaration de fugue sera alors établie auprès de la famille ou tuteurs légaux, de l'administration de l'hôpital et des services de police.

Les permissions sont décidées en entretien familial avec le médecin.

2 5 2 Vie sociale

Afin de garantir la santé et la sécurité de chacun, il s'avère nécessaire d'observer un certain nombre de règles collectives.

a. La vie quotidienne

Par mesure d'hygiène, il est demandé aux enfants et adolescents de prendre une douche ou un bain une fois par jour.

Il est demandé à chacun de respecter les lieux communs.

Les bureaux, la pharmacie, la cuisine et les vestiaires sont des lieux réservés au personnel.

Chacun doit prendre soin de la chambre qu'il occupe : le lit doit être fait et la chambre rangée chaque matin avant 10h.

La participation aux tâches ménagères (mettre le couvert, débarrasser et nettoyer la table) est obligatoire.

Un planning est établi le lundi, l'ensemble des enfants présents cette semaine dans l'unité, participent à ces tâches.

b. Les interdits

Toute possession de médicaments, d'alcool, de drogue, d'objets considérés dangereux par l'équipe est prohibée. Ces objets doivent être remis aux soignants, en début d'hospitalisation.

Toute violence physique et/ou verbale est interdite.

Tout flirt et à fortiori toute relation sexuelle à l'intérieur de l'unité est interdite.

Toute circulation d'argent est interdite.

Toute dégradation ou vol de matériel est sanctionnée.

c. Le tabac

Certains adolescents, autorisés par leurs parents à fumer (pas plus de cinq cigarettes par jour), peuvent le faire exclusivement à l'extérieur du pavillon, de 9h (après la prise d'un petit-déjeuner, la toilette et le rangement de la chambre) à 21h maximum.

d. La gestion du temps libre

Il est interdit d'entrer dans la chambre d'un autre enfant, sans y avoir été invité, le tout, à des horaires définis : de 11h30 à 15h, et de 19h30 à 21h30.

3 Observation de l'année 2006

Cent soixante six patients ont bénéficié de soins en 2006 au SHIP. Parmi eux :

- 41 ont eu uniquement des consultations ;
- 7 patients ont bénéficié d'une prise en charge dans le cadre de la MUSE ;
- et **118** ont été hospitalisés dans le service du SHIP en 2006.

Ce sont ces derniers cas qui retiendront notre attention dans cette étude.

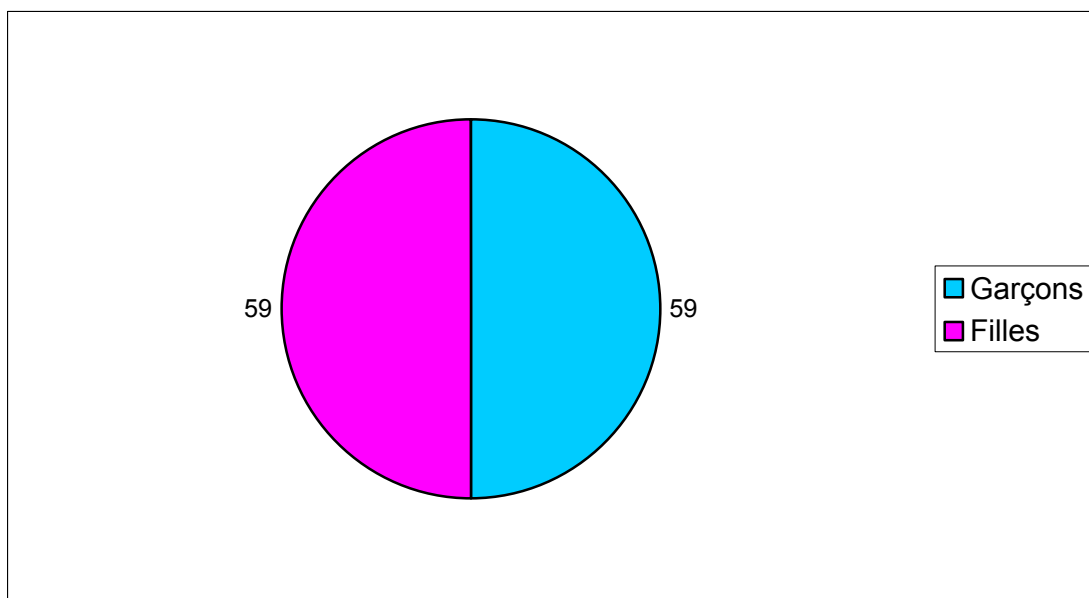


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de leur sexe

Nous remarquons sur l'année 2006, que les proportions de filles et de garçons hospitalisés dans le service sont identiques, cela se retrouve aussi dans les statistiques des années précédentes.

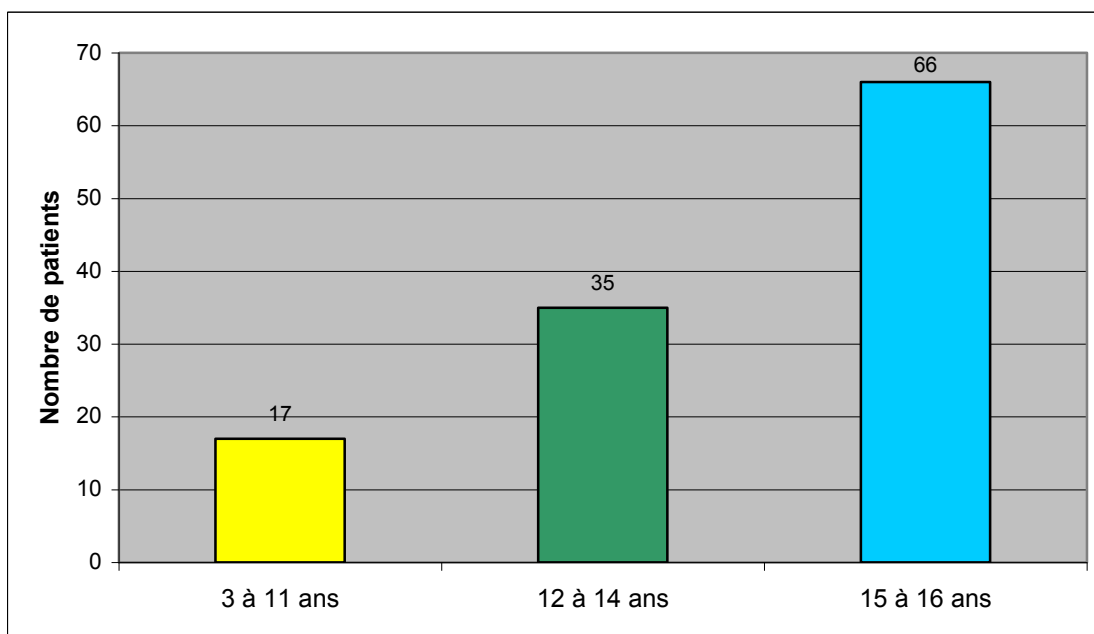


Figure 2 : Répartition des patients en fonction de leur âge

En 2006 :

Il y a 14,4% d'enfants entre 3 et 11 ans,

29,7% d'enfants de 12 à 14 ans,

55,9% d'enfants de 15 à 17 ans.

On observe donc une forte majorité d'adolescents.

Depuis l'ouverture, la moyenne d'âge des patients hospitalisés au SHIP oscille entre 13 et 14 ans.

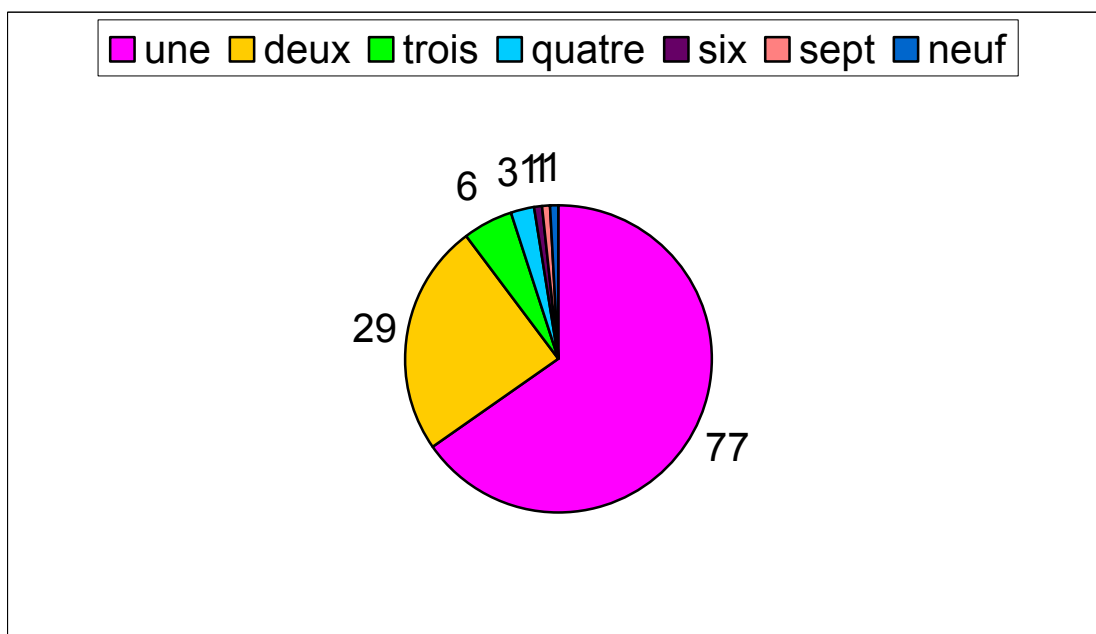


Figure 3 : Nombre d'hospitalisations en 2006 par patient

Une unique hospitalisation est observée pour les 2/3 des patients en 2006 au SHIP. Vingt-neuf patients ont été hospitalisés deux fois et six ont été hospitalisés trois fois dans l'année et trois ont été hospitalisés quatre fois.

Ces chiffres confirment l'accueil des jeunes en situations aiguës ou complexes sur le plan psychique.

Les patients apparaissant comme ayant été hospitalisés de nombreuses fois (six, sept, neuf), n'ont en réalité été hospitalisés qu'une ou deux fois, mais avec une succession de sorties seulement temporaires (permissions) qui font partie intégrante de la prise en charge, mais comptabilisées par le service statistique comme de nouvelles hospitalisations à chaque retour. Nous pouvons penser notamment aux patients anorexiques qui doivent bénéficier d'une prise en charge sur du plus long terme.

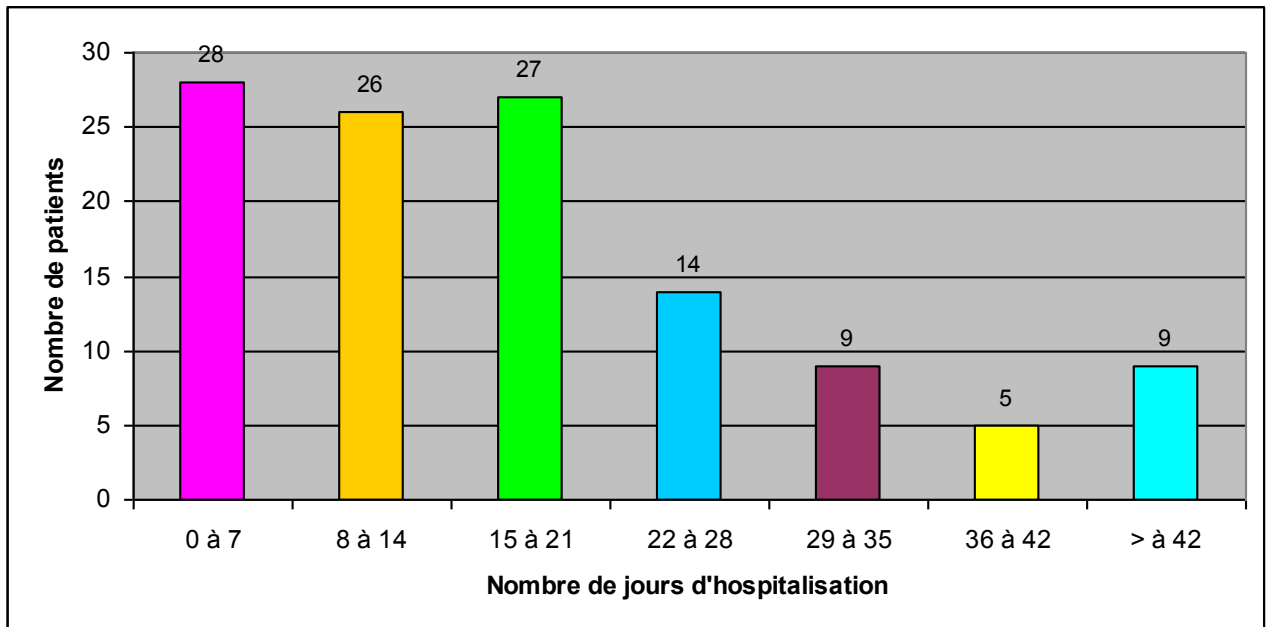


Figure 4 : Temps d'hospitalisation en 2006 des patients

Durée d'hospitalisation moyenne par patient en 2006 = $2564 / 118 = 21.73$ jours

Nous remarquons que plus des 2/3 des patients sont hospitalisés moins de trois semaines, ce qui confirme les objectifs d'une prise en charge la plus brève possible au SHIP et non en soins de longue durée à chaque fois que cela est possible, la moyenne du temps d'hospitalisation en 2006 étant d'environ 21 jours.

Cette moyenne est stable dans le temps. Depuis plusieurs années, elle est comprise entre 18 et 22 jours.

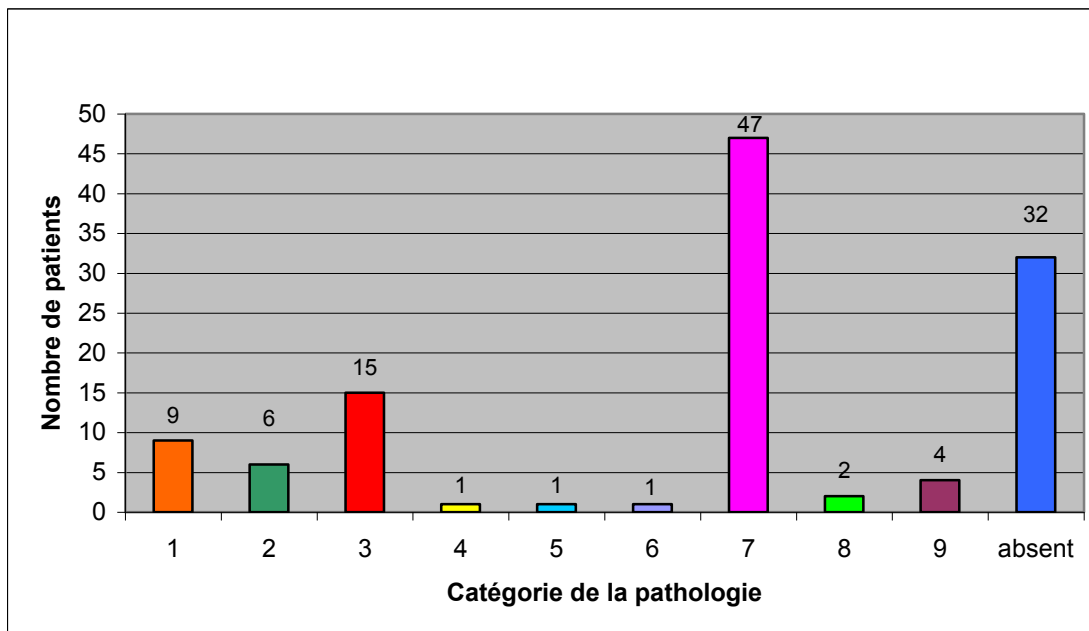


Figure 5 : Diagnostic de pré-admission des patients

Les pathologies en pédopsychiatrie sont classées selon la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent).

Elle se divise en neuf chapitres :

- 1- Autismes et troubles psychotiques
- 2- Troubles névrotiques
- 3- Pathologies limites, troubles de la personnalité
- 4- Troubles réactionnels
- 5- Déficiences mentales
- 6- Troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales
- 7- Troubles des conduites et des comportements
- 8- Troubles à expression somatique
- 9- Variation de la normale

Ces différentes catégories de pathologies sont détaillées dans le paragraphe 2 de la 4^{ème} partie (page N°77).

Cet histogramme nous permet de visualiser les diagnostics de pré-admission les plus courants dans le service. Nous remarquons que pour 47 des patients, il s'agit de troubles des conduites et des comportements, pour 15 des pathologies limites, troubles de la personnalité, pour 9 des autismes et troubles psychotiques et pour 6 des troubles névrotiques, pour les plus représentés. Nous remarquons d'autre part, pour 32 patients, une absence de diagnostic de pré-admission, ce qui correspond aux patients entrés dans le service en urgence.

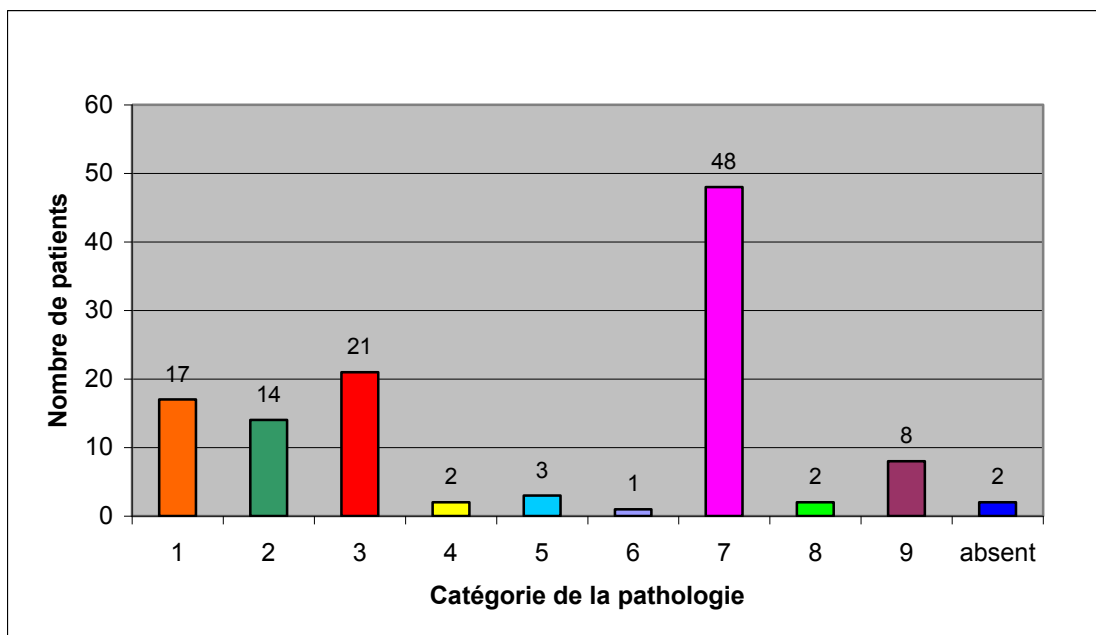


Figure 6 : Diagnostic principal des patients

Ce graphique présentant le diagnostic principal des patients, nous confirme les catégories de pathologies les plus représentées dans le service, c'est-à-dire : **Troubles des conduites et des comportements**, **pathologies limites et troubles de la personnalité**, **autisme et troubles psychotiques** ainsi que les **troubles névrotiques**.

Le diagnostic principal est accordé au diagnostic qui correspond le plus aux objectifs poursuivis par celui qui le pose. En clinique, il s'agit souvent du trouble qui a amené le sujet à consulter un service de santé mentale. [1]

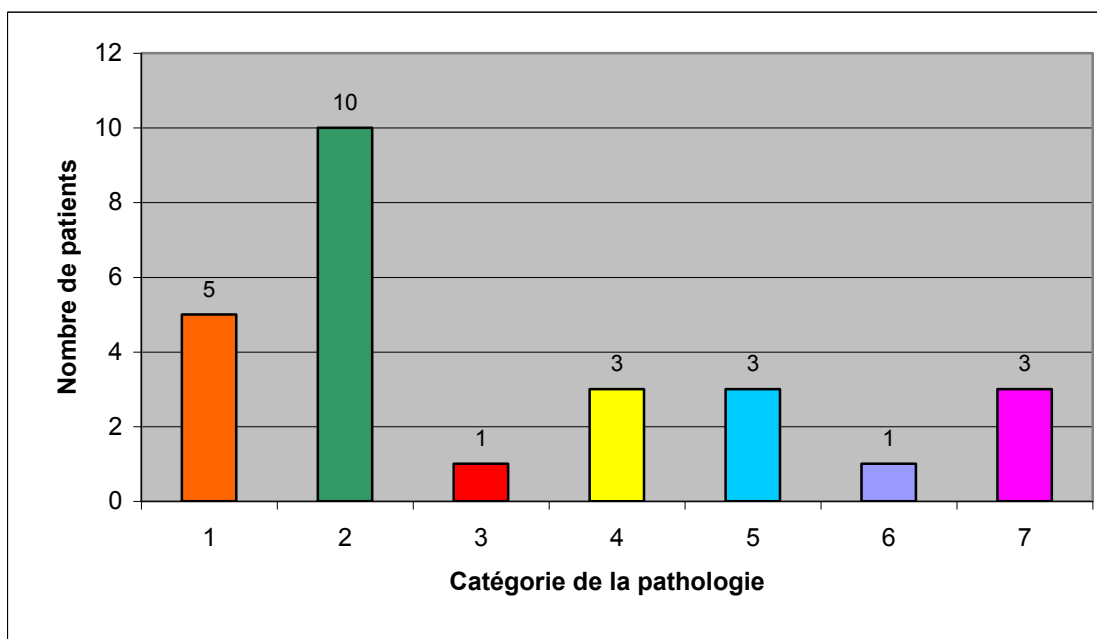


Figure 7 : Diagnostic longitudinal des patients

Le diagnostic longitudinal peut être différent de celui qui a justifié la consultation. (Par exemple, survenue d'un trouble du comportement chez un patient présentant une névrose chronique). [1]

Enfin, pour certains des patients, des diagnostics longitudinaux sont établis, seulement 26 patients en 2006. Cela s'explique notamment par l'âge des patients car les diagnostics longitudinaux, pour de nombreuses pathologies psychiatriques, ne s'établissent qu'à l'âge adulte ou au moins après une période suffisamment longue d'évolution et lors d'une prise en charge au long terme et non pas en état de crise.

2^{ème} Partie :

Prise en charge en pédopsychiatrie

1 Soins non médicamenteux

1 1 Individuels

La prise en charge non médicamenteuse est constituée tout d'abord d'entretiens individuels avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire, ainsi que des séances de photolangage, une prise en charge scolaire et des activités extérieures.

1 1 1 Séances thérapeutiques avec chaque membre de l'équipe

a. Pédopsychiatre

Les deux pédopsychiatres rencontrent l'enfant à différentes reprises pendant l'hospitalisation, au cours des consultations, avec différents objectifs.

En premier lieu, la consultation de pré-admission dont nous avons déjà énoncé les objectifs dans la 1ère partie, paragraphe : 21, expliquant les modes d'admission (page N°17).

Puis viennent les consultations individuelles qui ont lieu tout au long de l'hospitalisation; leur fréquence varie en fonction de l'enfant, de sa pathologie, de sa durée d'hospitalisation, elles ont lieu en moyenne deux à trois fois par semaine, mais jusqu'à trois fois par jour, si l'état de l'enfant le nécessite. Cette consultation se déroule soit dans le bureau du médecin, soit dans une salle du service d'hospitalisation, mais aussi parfois dans la chambre de l'enfant. Le but est de suivre l'enfant et de coordonner ses soins au sein du service, mais aussi de s'assurer que l'enfant sera suivi une fois l'hospitalisation terminée.

Des consultations externes, c'est-à-dire en dehors d'un contexte d'hospitalisation, sont possibles dans l'attente d'un suivi en ville correctement organisé. Cette situation peut durer de quelques semaines à quelques mois. Un suivi à long terme par un pédopsychiatre du service s'avère rare, mais possible dans des contextes précis, lors d'un investissement important du lien avec un médecin durant l'hospitalisation. Ces consultations externes permettent aussi aux pédopsychiatres de ne pas perdre de vue les prises en charge au long cours de leurs patients, bien différentes de la gestion de la crise.

b. Pédiatre

Le pédiatre rencontre tous les nouveaux patients, sauf rare exception, afin d'élaborer un bilan médical: poids, taille, tension, pouls, vérification du carnet de santé, validité des vaccins, mise au point sur une pathologie chronique préexistante. Un bilan neurologique, un Electroencéphalogramme (EEG) et une Image à Résonance Magnétique (IRM) sont effectués dans certains cas afin d'éliminer toute pathologie organique potentielle pouvant entraîner ces troubles. Si nécessaire, et dans un souci d'optimisation des soins en réseau dans le cadre du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U), le pédiatre préconise des consultations spécialisées chez ses confrères hospitaliers pour prendre en charge les pathologies annexes tels les consultations ophtalmologiques ou odontologiques ...

La consultation pédiatrique a lieu dans la chambre de l'enfant et est effectuée en fonction des activités thérapeutiques qui sont prévues sur son planning.

Les plaintes somatiques de la part de l'enfant, pouvant paraître au prime abord, superficielles ou non fondées, sont prises en compte avec sérieux et compréhension. Le croire et le rassurer sont les maîtres mots.

Le pédiatre n'effectue pas de suivi particulier concernant le traitement psychiatrique de l'enfant, car une hospitalisation courte de quelques jours ne permet pas un réel suivi dans l'élaboration de la mise en place du traitement médicamenteux ; de même, un traitement instauré de longue date en consultation médicale de ville ne nécessite, la plupart du temps, de modification, s'il est efficace et bien équilibré. Lors d'initiation de traitements médicamenteux, les médecins sont vigilants aux risques d'apparition d'effets secondaires et à la tolérance clinique et biologique du patient.

Pour certains groupes de patients tels les anorexiques, qui évoluent à moyen ou long terme dans le service, une surveillance clinico-biologique et radiologique particulière est mise en place (Par exemple, un bilan clinique, dermatologique, un suivi régulier de bilans hématologiques/ionogrammes, un bilan ostéodensitométrie, ...).

En cas de problème somatique à un autre moment de la semaine les médecins du service sont sollicités. La nuit, l'équipe téléphone à l'interne de médecine de garde de l'Hôpital St Jacques. En cas d'urgence, ils ont recours parfois au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

c. Psychologue

La psychologue reçoit en entretien tous les enfants hospitalisés, à raison de deux à trois fois par semaine, afin de déterminer les types de soins à mettre en place, en individuel et en groupe.

Lors des consultations individuelles, l'enfant peut être aisément accessible ou parfois être très renfermé sur lui-même ; une médiation, alors possible par exemple par le jeu, pourra favoriser chez le patient l'ouverture de sa pensée.

Cette consultation a aussi un but diagnostique, et l'entretien pourra aussi comporter des interrogations psychopathologiques et l'observation de la relation avec le patient.

Des tests projectifs tels que le test de Rorschach et le Thematic Apperception Test (TAT) peuvent être réalisés. Les tests projectifs s'assimilent à des situations expérimentales standardisées qui permettent de déduire des réponses et interprétations du sujet des lignes fondamentales de l'organisation de la personnalité et des conflits [2].

Le test de Rorschach, universellement employé, propose à l'interprétation du sujet, dix planches de taches d'encre, qu'il doit décrire en puisant dans son imaginaire. Facile d'utilisation et nécessitant un matériel simple, il permet néanmoins des conclusions sur la personnalité et la structure mentale [2]. Ce test permet l'évaluation de la perception, de mettre en relief la construction de l'image du corps, l'image de soi, de mettre en avant la relation avec autrui, l'image parentale, la gestion des mouvements pulsionnels par exemple.

Pas moins d'1 heure 30 est nécessaire pour réaliser ce test, et entre 3 et 7 heures pour l'analyser.

Le TAT se constitue d'une série de vingt images, de signification floue, que le sujet doit décrire [2]. Ces interprétations font l'objet d'une analyse.

Au sein du service, la psychologue montre dix images sélectionnées en fonction de l'enfant, elle les présente une à une à l'enfant qui doit raconter une histoire pour chacune des images.

La séance dure environ 1 heure 30 et l'analyse du discours demandera environ 2 à 5 heures de travail.

Pour prendre l'exemple des enfants présentant des troubles du comportement et susceptibles d'être mis sous rispéridone, la psychologue prend en compte le sujet et les causes de sa pathologie mais pas la résolution des symptômes. Cette approche est donc complémentaire d'une approche médicamenteuse.

Ces enfants ont des difficultés à mentaliser, à reconnaître leur souffrance, ont des problèmes de lien avec leur histoire. Le but des séances sera de décoller le langage de la pulsion pour accéder à la représentation symbolique de leur mal être.

Différentes médiations peuvent être utilisées telles l'atelier terre, qui fait intervenir le corporel, permet de construire et de travailler la représentation de la pensée ou une séance de photoexpression, un dialogue à partir de photos en noir et blanc, qui permet de mettre en mots leur vécu pulsionnel et émotionnel. Par exemple, le choix de deux photos parmi une vingtaine, qui correspond selon l'enfant à quelque chose qu'il aime d'une part, et qu'il n'aime pas d'autre part. Les tests projectifs peuvent aussi être utilisés comme médiation avec ces enfants.

d. Psychomotricienne

La psychomotricienne, par diverses médiations (jeu, relaxation, massages...), va proposer au patient des situations dans lesquelles il va pouvoir prendre conscience de son corps de façon différente.

La mise en jeu du corps, proposée en thérapie psychomotrice va permettre un réinvestissement tant corporel que narcissique et amener le patient à réaménager son mode d'être via son corps et sa position par rapport aux autres.

La psychomotricienne va amener le patient à un travail de représentation sur ses éprouvés corporels. L'élaboration verbale est nécessaire pour permettre au patient de relier perceptions et représentations.

Au cours de la séance, la psychomotricienne va exercer une triple fonction :

- le repérage des signes corporels du patient témoignant de ses émotions, de son ressenti (modifications toniques, investissement de l'espace, engagement corporel dans la relation...) ce qui nécessite un travail d'écoute, une certaine disposition perceptive de la part de la psychomotricienne ;
- le travail de liaison des éprouvés corporels du patient avec ce qui a été dit ou repéré, aide à la mise en mots, en sens (dessin, langage verbal...) ;
- la fonction contenante : accueillir ce que donne à voir corporellement le patient, et pouvoir contenir les effets de cette motricité débordante ou au contraire inexistante, de ces corps maltraités ou exhibés...

Une médiation est seulement un support à la communication, à la thérapeutique. Une même médiation peut donc être utilisée par différents professionnels. Les activités mettant en jeu le corps ne sont pas « réservées » au psychomotricien, sa spécificité se situe dans l'approche qu'il en a. Parmi les médiations proposées, citons le jeu et la relaxation.

Le jeu

Le médiateur le plus utilisé en thérapie psychomotrice est le jeu, il possède une place privilégiée lors d'un travail avec les enfants.

Le jeu, parce qu'il est inscrit dans le cadre de la séance, donc en présence de la psychomotricienne, et parce qu'il se situe à la croisée des éprouvés corporels et du psychisme, est un premier pas vers une possible mise en mots : Le jeu permet de développer, entre le psychomotricien et l'enfant, une « aire d'illusion » partagée, socle de travail de symbolisation et constitue un réel travail d'élaboration [3].

La relaxation psychomotrice

Dans la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient, la relaxation psychomotrice est avant tout une médiation.

Les différentes propositions de travail faites au patient, si elles s'inspirent de méthodes de relaxation dans leur technique, s'appuient avant tout sur la relation thérapeutique et sur la verbalisation du patient.

Le déroulement reste le même, mais le patient a la possibilité d'arrêter la séance quand il le souhaite. Seul le respect des défenses du patient peut lui permettre de pouvoir les dépasser.

Ces propositions et la prise en compte de ces verbalisations peuvent amener le patient à un ressenti différent de son corps, à une prise de conscience de ses tensions, et de son état tonique, de sa façon d'être et de se situer par rapport à l'autre.

La finalité de la relaxation psychomotrice n'est pas d'obtenir un état de relâchement tonique, mais de permettre au patient, après une prise de conscience de ses éprouvés corporels, une mise en mots puis une mise en lien, en sens, de ceux-ci avec son histoire.

C'est dans l'échange avec le patient, dans l'écart entre son ressenti et l'écoute corporelle du psychomotricien qu'une élaboration va pouvoir se faire. C'est par cet espace de verbalisation que la relaxation devient thérapeutique.

Une séance dure environ 30 à 45 minutes.

Le rôle de la psychomotricienne au SHIP

La psychomotricienne contribue à l'élaboration en équipe du projet thérapeutique par sa présence aux réunions, et par la rédaction de comptes-rendus.

Elle reçoit les patients en consultation individuelle après avis médical.

En fonction de la demande, un bilan psychomoteur peut être proposé ou plus simplement une observation psychomotrice.

Les observations complémentaires consistent en l'étude de la compréhension des consignes, de la qualité de l'attention, la capacité de mémorisation, l'organisation du raisonnement (tâtonnement, imitation), l'attitude face à l'échec et le mode relationnel.

Le rôle spécifique de la psychomotricienne consiste à :

- accompagner l'engagement corporel du patient en investissant son vécu corporel ;
- s'appuyer sur son propre vécu émotionnel tout en pouvant s'en dégager (empathie tonique) ;
- aider à la représentation des éprouvés corporels du patient.

Si nous prenons l'exemple d'enfants présentant des troubles du comportement, pouvant relever d'un traitement par rispéridone, la psychomotricienne adaptera le cadre des soins en fonction des causes des troubles, de l'état de l'enfant au moment de la séance, et non pas des symptômes.

Elle doit « apprivoiser » ces enfants qui sont souvent « sur leurs gardes ». Le cadre temporel et spatial est très important, l'évaluation de la disponibilité psychique de l'enfant au moment de la séance et le lieu de celle-ci sont essentiels. Certaines séances peuvent se dérouler dans la chambre de l'enfant.

Ces prises en charge au sein du SHIP permettent une approche de cette thérapie, il s'agit notamment d'une évaluation, permettant de savoir s'il est adapté, d'adopter un suivi à long terme par une psychomotricienne après l'hospitalisation.

Le but est qu'ils parviennent à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent, de parler avant d'agir, de les apaiser, de donner des limites, par exemple.

e. Orthophoniste

L'orthophoniste effectue des prises en charge individuelles, sous forme de bilans orthophoniques, de séances de relaxation comportant des exercices de respiration, des exercices sur la voix. Les patients anorexiques restent assez longtemps dans le service pour bénéficier d'un suivi régulier, à raison d'une séance hebdomadaire. Ces consultations ont lieu après avis médical.

Ainsi les enfants, présentant des troubles du comportement, peuvent bénéficier d'un bilan orthophonique sur demande des médecins, mais restent en général trop peu de temps dans le service pour réaliser un suivi régulier s'ils en ont besoin.

f. Assistante sociale

L'assistante sociale est présentée à tous les enfants en leur expliquant sa fonction. L'enfant peut demander de sa propre initiative un entretien. Une prescription de la part du pédopsychiatre peut aussi aboutir à un entretien avec l'assistante sociale.

Les entretiens avec l'assistante sociale peuvent être considérés comme faisant partie intégrante du projet de soins, car ceux-ci répondent aux interrogations de l'enfant concernant les différents parcours sociaux ou scolaires possibles. L'assistante sociale l'accompagne notamment au Centre d'Information et d'Orientation (CIO), l'interroge avec tact et mesure sur ce qu'il aimerait faire plus tard, et non sur ce qu'il pense être capable de réaliser. A la suite de ces entretiens, l'assistante sociale peut être amenée à préconiser une réintégration scolaire dans un établissement adapté à chaque enfant. Agés de 12 à 15 ans pour la majorité des enfants du SHIP, le cursus traditionnel passe classiquement par une scolarisation au collège, mais il s'avère que des adolescents présentant un trouble psychique sévère peuvent nécessiter une orientation scolaire souvent plus complexe.

L'assistante sociale est régulièrement disponible pour répondre à toute question en rapport avec le domaine social.

D'autre part, elle réalise des entretiens de médiation familiale qui peuvent commencer lors de l'hospitalisation, et se poursuivre durant une année, à raison d'un toutes les six semaines. L'entretien de médiation familiale est prescrit par le pédopsychiatre et vise à réduire les difficultés du quotidien. La relation parents/enfant y est souvent abordée, et les règles fondamentales de l'autorité parentale y sont subtilement énoncées et, si possible, comprises et acceptées de l'adolescent. Des contrats écrits sont parfois signés entre les parents et l'enfant pour arriver aux objectifs fixés. De nombreux compromis seront par conséquent réalisés. Citons comme exemple cet enfant qui manifeste envers sa famille une forte opposition, refusant notamment toute prise de repas avec ses proches ; l'assistante sociale négociera conjointement avec parents et enfant la prise d'un repas en famille avec choix du menu de la part de l'enfant.

D'autre part, les démarches administratives représentent à elles seules une part importante du travail de l'assistante sociale, qui pourra, dans certains cas, plaider la cause d'un enfant, sur simple dossier, sans ne jamais l'avoir rencontré. Elle gère aussi la coordination avec le suiti socio-éducatif et judiciaire des enfants qui en bénéficient, et son partenariat avec les structures extérieures est primordial. Certains enfants relèvent déjà, lorsqu'ils sont hospitalisés, d'un suivi éducatif et judiciaire. L'assistance sociale veillera alors au bon déroulement de la sortie, adaptée à la présente situation de l'enfant. D'autres fois, l'enfant, en provenance du domicile familial, bénéficiera d'une aide éducative ou d'un placement, à la demande de l'équipe pluridisciplinaire ; l'assistante sociale se chargera alors de l'élaboration du dossier.

Enfin, l'assistante sociale organise des concertations sur un dossier d'enfant, auxquelles assistent les représentants de la structure d'accueil, les professionnels chargés du suivi de la mesure, et l'équipe pluridisciplinaire du SHIP.

Elle est la seule avec l'infirmière de liaison à aller au domicile si besoin.

g. Infirmier

Chaque enfant est pris en charge par deux infirmiers référents, ceux-ci mettent en place des prises en charge individuelles. Ces séances ont lieu deux à trois fois par semaine et durent de 30 à 45 minutes. Ils se déroulent dans la chambre de l'enfant ou dans la salle d'activité. Ces temps peuvent se limiter à une simple discussion ou peuvent consister à pratiquer une activité telle que du dessin, du plâtre, un jeu de société, un travail d'écriture pour les plus de dix ans, mais aussi à réaliser un génogramme à la demande du pédopsychiatre, pour faciliter l'expression de l'enfant et travailler à obtenir des changements.

1 1 2 Photoexpression individuelle

Ces séances sont encadrées par la psychologue et un des deux infirmiers référents de l'enfant.

Le déroulement et le contenu de cette activité sont les mêmes que l'atelier de photoexpression proposé en groupe. Il sera développé dans le paragraphe : 1 2 1 (page N°39).

L'intérêt de la prise en charge individuelle, complémentaire de la photoexpression de groupe, aide au diagnostic pour la psychologue qui observe en permanence l'enfant.

Cet atelier photoexpression individuelle peut aussi être envisagé, si le travail en groupe paraît trop difficile ou s'est mal passé la première fois.

1 1 3 Prise en charge scolaire

Une prise en charge scolaire, peut être mise en place si nécessaire. Toute rencontre entre un enfant et un enseignant spécialisé (formé au problème des troubles psychiatriques chez l'enfant) résulte d'une prescription du pédopsychiatre.

Le premier contact avec l'élève a lieu toujours individuellement. Le professeur peut ainsi se présenter, discuter avec l'enfant de son cursus scolaire et évoquer les matières préférées et celles rejetées. Ainsi l'entretien individuel permet d'établir les objectifs de la prise en charge scolaire. L'objectif peut résider, par exemple, en une remise à niveau dans une matière comme les mathématiques.

Concernant les patients hospitalisés pour une longue durée, le but de leur prise en charge scolaire est de minorer l'effet néfaste d'une déscolarisation prolongée. Dans le cas des patientes anorexiques elles développent dans la majorité des cas, au mieux, un surinvestissement scolaire, au pire, une scolarité tout à fait normale ! L'objectif du travail scolaire devient alors de leur permettre de lâcher peu à peu leur hyper exigence et leur perfectionnisme.

L'enseignant spécialisé observe, discute longuement avec l'enfant et l'aide à relativiser l'échec ou la perte d'un an de scolarité, pour peu que cela permette d'avoir des bénéfices sur le plan des progrès psychiques.

Le bilan de compétence est aussi réalisé en séance individuelle. Son but est d'objectiver les connaissances de base, c'est-à-dire d'évaluer la capacité de l'enfant à lire, à comprendre ce qui est lu, à orthographier, rédiger, compter, à appliquer un raisonnement mathématique, mais aussi les capacités cognitives (attention, concentration, mémoire, logique).

Le bilan ne sera réalisé qu'en cas de suspicion d'inadéquation entre le niveau scolaire de l'enfant et la classe suivie.

On évaluera ainsi la contrainte scolaire de l'enfant dans son ensemble (le rapport de l'enfant à la scolarité, aux élèves, aux adultes ...).

L'objectif du bilan de compétence est que l'élève se connaisse au mieux et prenne du recul sur son niveau et parcours scolaire.

1 1 4 Activités extérieures

Sont proposés, des promenades, une sortie en bicyclette, un déjeuner au restaurant ou au self de l'établissement, une sortie en bus, du shopping, une visite au musée.

Des activités à l'extérieur du service peuvent être proposées, en fonction du nombre d'infirmiers, du nombre d'enfants présents dans le service et de leurs pathologies. Ces activités peuvent faire partie intégrante de la prise en charge thérapeutique.

Le but de ces activités extérieures est d'observer la réaction de l'enfant face à un environnement nouveau ou une situation qu'il ne maîtrise pas. Puis l'enfant apprendra à gérer progressivement son stress par répétition des sorties.

Les effets observés dans l'instant, mais aussi à moyen terme, seront notés, discutés avec l'enfant au sein du service, puis analysés.

1 2 Groupes

Le planning de la semaine est rythmé par les ateliers, qui sont prévus à heures fixes toutes les semaines. Exceptionnellement, ils peuvent être annulés si le nombre d'enfants est insuffisant ou que leurs problématiques sont trop disparates pour les travailler en groupe.

1 2 1 Groupe de photoexpression

Le groupe de photoexpression se déroule dans la salle d'activité. Cet atelier est encadré par la psychologue et un infirmier.

La psychologue propose aux enfants des photos sur la table représentant des personnes (exprimant un sentiment marqué), des paysages (forêts, tour d'immeuble), des objets (voitures, chaises), des animaux. Chaque enfant dispose d'un certain temps pour choisir une photo, en rapport avec un thème spécifiquement choisi, par exemple, le thème de l'émotion la plus difficile à supporter pour chaque enfant. Chacun explique alors son choix et exprime ce qu'il ressent. Dès lors, le dialogue avec les autres enfants est sollicité par l'intermédiaire des animateurs, afin d'apprendre à mieux gérer les situations sociales.

L'objectif de cette séance est de favoriser la socialisation, l'échange, le libre arbitre, le respect des autres et de leurs opinions.

1 2 2 Piscine

L'activité piscine a lieu dans une piscine municipale. Cette activité est encadrée par la psychomotricienne et une infirmière.

Cet atelier accueille, sur prescription médicale, trois à cinq enfants.

Il peut arriver occasionnellement qu'un patient aille seul à la piscine, accompagné de la psychomotricienne dans le cadre d'un projet particulier, telles les patientes anorexiques.

Les patients profitent de la piscine, puis a lieu un temps de parole d'une quinzaine de minutes sur l'expérience venant d'être vécue, avant le retour au SHIP.

Après chaque séance aquatique, un moment privilégié de reprise de l'atelier a lieu, organisé par le Dr Gorans, et qui consiste à faire un bilan de l'activité, conciliant deux points de vue différents.

Les objectifs de cet atelier sont, comme tout travail en psychomotricité, de permettre aux patients de vivre des expériences corporelles et émotionnelles et de travailler sur la verbalisation de ce qu'ils ressentent et ainsi de diminuer les angoisses corporelles.

L'eau permet des expériences impossibles dans le cadre de l'atelier psychomotricité classique du jeudi. Le travail sur les appuis et la pesanteur, la notion d'enveloppe corporelle, les sensations de froid, de chaud, les portages, en sont des parfaites illustrations. Le cadre de la piscine favorise en effet un travail sur l'image de soi et le regard des autres.

1 2 3 Atelier terre

L'atelier terre a lieu dans la salle d'activité au sein du service. Cette activité est encadrée par la psychologue qui observe et encadre l'atelier, et par une infirmière qui, quant à elle, travaille la terre avec les enfants.

La séance débute par le choix de la terre, car diverses argiles de trois couleurs différentes sont disponibles : rouge, verte ou grise. Les enfants battent ensuite la terre contre la table ; cette étape crée une transition, un premier contact avec la terre et les défoule volontiers.

Puis vient le temps du rassemblement de l'ensemble des participants, à travers le modelage d'une boule, la plus lisse possible, avant de s'initier à la création. Dès lors, la psychologue avise les enfants sur la non nécessité de représenter un objet réel, mais de se laisser porter par les mouvements des mains dans la terre. Certains enfants révéleront des intentions archaïques, d'autres resteront dans la maîtrise, et souhaiteront réaliser quelque chose de précis.

Cet atelier terre facilite le travail de la projection corporelle par le toucher. Il amène l'enfant vers un travail avec lui-même, avec son corps, et permet de faire émerger des contenus inconscients, et de procurer du plaisir.

Le temps de reprise avec les enfants leur permet d'exprimer le vécu pendant les différentes étapes. Le bilan de la séance est, quant à lui, écrit dans le classeur de transmissions, suite à la reprise entre les deux professionnels.

1 2 4 Atelier créatif infirmier

L'atelier infirmier se déroule dans la salle d'activité. Deux infirmiers encadrent cet atelier.

Il consiste à permettre aux enfants de s'exprimer au travers de supports créatifs variés (peinture, mosaïque, perles, dessins...)

Tous les enfants ne sont pas obligatoirement présents.

Le compte rendu de l'activité est noté dans les transmissions, mais sans reprise.

1 2 5 Atelier cuisine

L'atelier cuisine est réalisé dans la cuisine du service et est encadré par un infirmier. Les autres infirmiers ainsi que l'ASH présent ont le rôle de co-animateurs. Le choix des enfants qui participeront est décidé par les infirmiers le mercredi midi lors des transmissions, en accord avec le médecin. Il est préférable que leur nombre ne dépasse pas quatre, ceci pour des raisons d'organisation du service et du personnel. Il s'agit de réaliser le menu complet du soir. Tous les enfants présents dans le service participent au choix du menu. Celui-ci peut-être orienté selon des thèmes (buffet, plats étrangers...), des objectifs « pédagogiques » ou éducatifs (équilibre alimentaire) ou selon la période (fêtes). Ils consultent un classeur ou un livre de recettes afin de varier les menus et de les équilibrer au mieux.

Après la sélection du menu, les enfants partent faire les courses puis entament la préparation en cuisine après le goûter.

La notion d'un budget serré est très importante; les achats seront réalisés en conséquence. On inculquera aux enfants la notion de responsabilité en leur confiant le calcul du budget, le choix et la pesée des aliments, la confection des repas, la mise du couvert, son lavage ; bref, des tâches de la vie quotidienne auxquelles ils ne sont pas forcément confrontés habituellement .

Cet atelier fait l'objet d'une reprise avec le docteur Gétin.

1 2 6 Atelier psychomotricité

L'atelier de psychomotricité a lieu dans la salle de psychomotricité, il est animé par la psychomotricienne et un infirmier.

Les objectifs attendus sont :

- favoriser la mise en jeu corporelle, le corps étant un médiateur d'expressions ;
- proposer un lieu d'expériences sensorielles et motrices ;
- aider à la transformation des éprouvés corporels en représentations.

Ces objectifs sont indissociables. Le temps de verbalisation, oral ou par le dessin, est incontournable pour le troisième point.

Des risques suite aux médiations corporelles sont présents, notamment la régression qui peut-être source d'angoisse insupportable ou la séduction trop directe.

Une médiation propose un espace entre soi et l'autre (patient-patient et patient-thérapeute), un objet commun à partager et à créer.

Il est donc nécessaire que les thérapeutes soient à l'aise corporellement avec les patients concernés et avec la médiation utilisée.

Les différentes médiations qui sont possibles en groupe, sont la piscine que nous avons déjà évoquée, mais aussi des médiateurs d'expression tels que les médiations artistiques, des ateliers autour du jeu (espace transitionnel), des mimes et jeux de rôle, ou des ateliers sensoriels (goût, odeur, toucher).

La médiation sportive est aussi pratiquée, et permet au patient d'éprouver ses capacités corporelles, de se confronter à ses limites. Elle met en jeu l'organisation temporelle et spatiale plus directement.

Les activités sont réalisées autour d'un sport cadré, avec des règles (jeux de ballon, bicyclette, escrime...).

La reprise est effectuée, là aussi, avec Madame le Dr Gétin

1 2 7 Atelier écriture

L'atelier écriture est animé par l'orthophoniste et un infirmier.

Les enfants participants sont choisis en fonction du projet thérapeutique envisagé.

Les activités sont ludiques, le but étant de permettre le dialogue entre les enfants, de jouer avec les mots, de faire travailler leur imaginaire et de leur offrir un moyen d'expression par la médiation de l'écriture.

Le cadre contenant et sécurisant pourra permettre l'émergence d'une expression authentique et spontanée autour du vécu, des émotions, des fantasmes de chacun.

Agés d'au moins 8 ans en pratique, les enfants doivent être en mesure de pouvoir lire et parfaitement comprendre les écrits, pour illustrer :

- des jeux comme le téléphone arabe par écrit, (une personne commence une histoire, puis, chacun écrit la suite à son tour) ;
- les enfants réalisent un portrait chinois (si j'étais un fruit, je serais...) ;
- journal intime imaginaire, courriers à un personnage imaginaire ou célèbre ;
- ils écrivent leur nom et prénom en vertical, écrivent un mot commençant par les différentes lettres, puis doivent en faire une histoire.

A la fin de la séance, chaque enfant lit à voix haute sa production, ou la fait lire par la personne de son choix, puis rend la feuille à l'orthophoniste.

Ces activités peuvent permettre de révéler une appréhension par rapport au langage, à l'expression ; des enfants se révéleront à l'aise, d'autres seront dans la maîtrise. Certains enfants seront très rapides, d'autres pas.

Beaucoup d'enfants du service participent à cet atelier, mais il est vrai que les principaux patients ciblés sont ceux qui ont besoin de médiation écrite pour s'exprimer.

La reprise de cet atelier est réalisée par la psychologue, qui aide l'orthophoniste et l'infirmier à traduire les comportements de chaque enfant.

1 2 8 Activités extérieures

Lorsque le planning le permet, l'équipe infirmière encadre aussi des activités extérieures en groupe. Il peut s'agir de balades, de jeux de ballon, de sorties à bicyclette...

1 2 9 Réunion de fonctionnement des enfants

La réunion de fonctionnement des enfants est organisée, en cas d'agitations importantes de la part des enfants au sein du service ou lorsque des dégradations de matériaux se sont produites.

Toute l'équipe infirmière, la cadre, les pédopsychiatres ainsi que les patients sont présents.

Le fonctionnement du service et ses règles sont alors dûment réexpliqués afin de faire cesser toute prochaine escalade de violence. L'équipe sollicitera aussi la verbalisation des souhaits des enfants, qui seront pris en compte si cela est possible, même si leurs demandes se révèlent bien souvent non réalisables (augmenter la consommation du nombre de cigarettes, manger des hamburgers, regarder plus la télévision, ...).

1 2 10 Prise en charge scolaire

Une fois les objectifs fixés, les séances ont lieu en groupe de six enfants au maximum, afin de reconstituer une ambiance de classe. Cela permet aux enfants de respecter le partage de l'adulte avec les autres. L'enseignant essaie de voir les enfants, quatre fois par semaine durant des séances qui durent environ 1 heure 30.

Le professeur d'anglais rencontre les enfants deux fois par semaine. Les séances peuvent durer de 15 minutes à 1 heure. Les enfants sont pris en charge en fonction de leurs besoins, en accord entre les deux professeurs.

A-côté des temps scolaires classiques, il peut aussi s'agir d'exercices ludiques, interactifs, pour permettre aux enfants de prendre confiance en eux, afin de réussir à prendre la parole au sein d'un groupe.

1 3 Familiaux

1 3 1 Entretiens familiaux

Les entretiens familiaux sont classiquement hebdomadaires ou plus fréquents si les parents vivent séparément et viennent à des moments différents. Le but est de faire un bilan de la semaine et de donner des nouvelles de l'enfant, de formuler des objectifs thérapeutiques dans lesquels les parents sont aussi impliqués.

L'enfant est présent lors de ces entretiens, exception faite de l'annonce d'un diagnostic précis et difficile qui nécessitera au préalable un entretien individuel avec les parents, (par exemple, l'annonce du diagnostic de psychose, d'une schizophrénie, ...)

D'autre part, les parents demandent parfois de leur propre initiative à avoir un entretien seul avec le pédopsychiatre pour aborder des thèmes ou questions qu'ils n'osent pas évoquer devant leur enfant.

1 3 2 Thérapie familiale systémique

Lorsque l'équipe soignante constate des dysfonctionnements relationnels dans la famille, il est possible de leur conseiller, parfois en libéral, parfois dans le service, d'entreprendre une thérapie familiale.

Ces consultations se déroulent une fois toutes les quatre à six semaines durant une heure pendant douze à dix-huit mois, réunissant toute la famille qui vit sous le même toit.

Les séances sont encadrées par le Dr Gorans accompagné du Dr Gétin ou d'un infirmier ayant reçu une formation en ce sens.

L'approche systémique de la thérapie familiale date des années 1950.

La famille y est considérée comme un système vivant, et la notion d'homéostasie est très importante. La relation cause/effet est mise de côté, le thérapeute accentue son analyse sur les interactions entre les personnes. Les troubles de l'enfant (comme par exemple des troubles du comportement) ne sont plus considérés comme le problème en soi, mais comme une sonnette d'alarme signalant l'existence d'un problème relationnel familial.

La parole circule pendant la séance, le thérapeute reformule.

2 Traitements médicamenteux

2 1 Consommation des médicaments symptomatiques en 2006

Domaine	Classe médicamenteuse	Quantité
AAA/ AINS	Antalgique, antipyrétique, antispasmodique	770
Anesthésie locale	Emla® , Xylocaïne®	11
Angéiologie	Veinotonique, antihémorroïdaire	4
Antibiotiques		68
Antifongiques		5
Cardiologie	Tonicardiaque, correcteur de bradycardie, diurétique	8
Dermatologie	Antiacnéique, corticoïde, émolient, kératolytique	130
Endocrinologie	Hormone thyroïdienne	24
Gastroentérologie	Antidiarrhéique, laxatif, antiémétique, antiacide, pansement digestif	262
Gynécologie	Utérorelaxant	3
Hématologie	Anticoagulant, hémostatique	23
Immunoallergie	Antihistaminique, corticoïde, antiallergique	73
Neurologie	Antiépileptique, antiparkinsonien	156
Ophthalmologie	Antibiotique, antiseptique	13
Pneumologie	Bronchodilatateur, corticoïde, fluidifiant	48
Solutés massifs	Nacl 0.9% 5ml, 250ml, Eau PPI, G5	232
Stomatologie	Correcteur d'hyposialie, antiseptique	39
Troubles métaboliques	Hyperglycémiant, insuline	9
Vaccins	Boostrix tetra®, Pentavac®, Rorvax®, Revaxis®, Mutagrip®	7

Tableau I: Consommation des médicaments symptomatiques en 2006

Ces chiffres ont été recueillis par l'intermédiaire de la pharmacie de l'établissement, qui fournit les médicaments dans le service, en les comptabilisant à l'unité. C'est-à-dire un comprimé, une gélule, un flacon, un tube de crème, une dosette unidose...

Ce tableau nous permet d'observer une faible consommation de médicaments symptomatiques au SHIP dans l'ensemble.

Nous pouvons remarquer d'autre part, les domaines dans lesquels les médicaments sont les plus prescrits sont : les AAA/ AINS, la gastroentérologie, la neurologie et la dermatologie.

Cela suggère que les enfants atteints de troubles psychiques peuvent somatiser leur souffrance psychique par des douleurs physiques : maux de têtes, maux de ventre ou par des réactions cutanées par exemple (bien que pour les problèmes cutanés ils puissent être liés aussi à la puberté).

2 2 Consommation des médicaments psychotropes en 2006

Classe	Médicament	DCI	Galénique	Quantité	AMM à partir de
Antidépresseur	Zoloft®	sertraline 50mg	gel	70	6 ans
	Deroxat®	paroxétine 20mg	cp	20	7 ans
	Seropram®	citalopram 20mg	cp	10	Adulte
	Laroxyl®	amitriptyline 4%	buv	4	6 ans
Anxiolytique	Xanax®	alprazolam 0.25mg	cp	60	6 ans
	Xanax®	alprazolam 0.5mg	cp	60	Adulte
	Tranxene® 5	clorazépate dipotassique 5mg	gel	10	6 ans
	Tranxene® 10	clorazépate dipotassique 10mg	gel	0	Adulte
	Urbanyl®	clobazam 10mg	cp	0	6 ans
	Tranxene® 50	clorazépate dipotassique 50mg	inj	0	Adulte
Hypnotique	Imovane®	zopiclone 7.5mg	cp	50	Adulte
	Stilnox®	zolpidem 10mg	cp	20	Adulte

Tableau II: Consommation des médicaments psychotropes en 2006

Consommation des médicaments psychotropes en 2006 / Suite

Classe	Médicament	DCI	Galénique	Quantité	AMM à partir de
Neuroleptique					
Benzamides substitués	Solian®	amisulpride 100mg	cp	0	15 ans
Butyrophénones sédatives	Dipiperon®	pipampérone 40mg/ml	buv	2	5 ans
Phénothiazines	Nozinan®	lévomépromazine 4%	buv	2	3 ans
	Tercian®	cyamémazine 25mg	cp	50	6 ans
	Tercian®	cyamémazine 50mg	inj	17	Adulte
	Tercian®	cyamémazine 4% 100ml	buv	1	3 ans
	Tercian®	cyamémazine 4% 30ml	buv	20	3 ans
Dibenzo-oxazépines	Loxapac®	loxapine 50mg/2ml	inj	0	15 ans
	Loxapac®	loxapine 2.5%	buv	1	15 ans
Benzisoxazoles	Risperdal®	rispéridone 1mg	cp	140	
	Risperdal®	rispéridone 2mg	cp	150	
	Risperdal®	rispéridone 4mg	cp	0	
	Risperdal®	rispéridone 1mg/ml	buv	1	
	Risperdal Consta®	rispéridone 25mg	inj	1	
Dibenzodiazépines	Zyprexa®	olanzapine 7.5mg	cp	28	Adulte
	Zyprexa velotab®	olanzapine 5mg	cp	126	Adulte
	Zyprexa velotab®	olanzapine 10mg	cp	42	Adulte
Normothymique	Depamide®	valpromide 300mg	cp	160	Adulte
	Depakote®	divalproate de sodium 250mg	cp	60	18 ans
	Depakote®	divalproate de sodium 500mg	cp	40	18 ans

Tableau II: Consommation des médicaments psychotropes en 2006 /Suite

Nous avons exploré en premier lieu les soins non médicamenteux utilisés dans le service. Ce tableau nous permet de la même manière que le tableau I, de décrire la consommation médicamenteuse du service, mais des traitements antipsychotiques cette fois-ci.

Nous remarquons que les différentes classes médicamenteuses sont prescrites : antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et normothymiques.

La forme orale est la plus utilisée, même si l'utilisation de la forme injectable est indispensable en cas d'agitation importante cyamémazine (Tercian®) ou dans des cas particuliers comme la rispéridone (Risperdal Consta®).

Les pédopsychiatres se trouvent presque toujours devant le même problème, qui est celui des AMM, car la plupart des médicaments n'ont pas été testés chez les enfants. Ils sont pourtant prescrits dans certains cas, (après lecture d'articles scientifiques et dialogues entre professionnels, afin de partager leurs expériences), hors AMM, dans le but d'améliorer l'état psychique des enfants.

La classe médicamenteuse la plus prescrite est celle des neuroleptiques et notamment de la rispéridone (Risperdal®) que nous développerons dans la 3^{ème} et 4^{ème} partie.

Les pédopsychiatres du SHIP prescrivent la rispéridone (Risperdal®), parfois en première intention lors de troubles psychotiques sous-jacents. Le but est d'agir sur les symptômes présents tel que les délires, les angoisses psychotiques majeures et la dispersion psychique.

Lors de troubles du comportement, un bilan diagnostic est réalisé en premier lieu, afin d'agir sur les causes : difficultés éducatives, phobie scolaire.

Si une dysharmonie d'évolution ou un état limite sont diagnostiqués, une période de 8 à 15 jours d'observation, sans rispéridone (Risperdal®) est effectuée avec une prise en charge pluridisciplinaire.

Si ces mesures ne sont pas suffisantes, une prescription de rispéridone peut-être débutée au cours de cette première hospitalisation. Parfois, une seconde hospitalisation est programmée, afin d'évaluer l'efficacité de la prise en charge pluridisciplinaire, à moyen terme.

Dans la majorité des cas, la rispéridone (Risperdal®) est prescrite par rapport à des symptômes et non pas à un diagnostic.

Dans les troubles du comportement, les pédopsychiatres visent une diminution de l'agitation, de l'excitation, de l'impulsivité et une augmentation de l'attention.

Un suivi rapproché clinique et biologique de l'enfant sera effectué avant et pendant le traitement, précisions à ce sujet dans la 3^{ème} partie (pages N°69 - 70).

Chez les enfants de moins de huit ans, les pédopsychiatres commencent par des posologies inférieures à 0,5mg/jour, comme cela est notifié dans l'AMM.

En revanche, chez les adolescents, la posologie d'1mg/jour en initiation de traitement est fréquente. L'effet secondaire le plus fréquent, en début de traitement, étant la sédation, celle-ci est souvent recherchée en cas de troubles du comportement graves.

Cet aspect sera aussi détaillé dans la 3^{ème} et la 4^{ème} partie (pages N°63 - 94 - 98).

La rispéridone (Risperdal®) est prescrite le matin, lorsque les troubles du comportement sont majorés dans la journée et qu'il n'y a pas de troubles du sommeil.

Elle peut-être prescrite le soir en cas d'anxiété nocturne et/ou d'effet secondaire sédatif important.

3^{ème} Partie :

Présentation de la rispéridone (Risperdal®)

1 Présentation de la molécule

La rispéridone (Risperdal®) est un antipsychotique atypique, elle est à la fois antagoniste sérotoninergique 5-HT_{2a} et antagoniste dopaminergique D₂. Elle se définit ainsi par une action antipsychotique y compris sur les effets négatifs des schizophrénies avec une moindre incidence des effets extrapyramidaux [4] [5].

1 1 Structure

Il s'agit d'un dérivé du noyau benzisoxazole. La formule chimique est 3-(2-(4-(6-fluoro-1,2-benzisoxazol-3-yl)pipéridino)éthyl)-6,7,8,9-tétrahydro-2-méthylpyrido(1,2-a)pyrimidin-4-one [6].

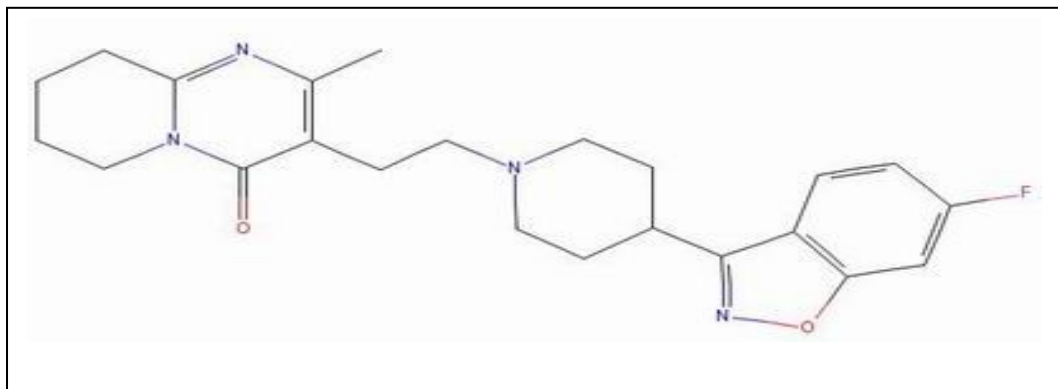


Figure 8: Formule chimique de la rispéridone [7]

1 2 Indications

Chez l'adulte tous les dosages de la rispéridone ont l'AMM pour le traitement des psychoses, en particulier des psychoses schizophréniques aiguës et chroniques. Chez les patients nécessitant un traitement au long cours, la rispéridone a démontré son efficacité. L'AMM existe aussi dans le traitement à court terme des épisodes maniaques aigus modérés à sévères.

1 2 1 L'AMM en pédopsychiatrie

La rispéridone présente, depuis 2003, deux indications dans le domaine de la pédopsychiatrie. On retrouve dans les mentions légales : « **Enfants âgés de 5 à 11 ans :**

Tous dosages :

- **Traitement des troubles du comportement (tels que hétéro-agressivité, automutilation, impulsivité majeure et stéréotypies sévères) observés dans les syndromes autistiques, en monothérapie.**

Comprimé à 1mg :

- **Enfants âgés de 5 à 11 ans présentant un retard accompagné de troubles du comportement (tels que agressivité, agitation, impulsivité, automutilations), en monothérapie.** » [8]

Nous remarquons le paradoxe surprenant de l'AMM valable de 5 à 11 ans et de 15 à 18 ans.

Que faire chez les enfants âgés entre 11 et 15 ans ?

Nous observerons des dossiers d'enfant dans la 4^{ème} partie (page N° 71).

1 2 2 Présentation des études

a. Chez les enfants présentant un retard mental

Dans le cadre des troubles du comportement accompagnant un retard mental, une première étude (Van Bellighen M et al. 2001) [9] a été réalisée en double aveugle, versus placebo, pendant 4 semaines, chez 13 enfants et adolescents avec un Quotient Intellectuel (QI) inférieur à la normale (66-85), âgés de 6 à 14 ans. Les résultats montrent que la rispéridone (Risperdal®) est significativement plus efficace que le placebo dans l'amélioration des scores d'irritabilité ($p < 0.05$) et d'hyperactivité ($p < 0.01$) de l'échelle Aberrant Behavior Checklist (ABC), ainsi qu'au niveau du score total de l'échelle Clinical Global Impression (CGI). Par ailleurs, il n'existe pas de différence entre le groupe Risperdal® et le groupe placebo au niveau des effets extra-pyramidaux.

Une autre étude (Aman MG et al. 2002) [10], multicentrique, en double aveugle, a été réalisée pendant 6 semaines, chez 118 enfants avec un QI entre 36 et 84, âgés de 5 à 12 ans, et souffrant de troubles du comportement, traités par Risperdal®, à des doses variant de 0.02 à 0.06 mg/kg/j. La dose moyenne de Risperdal® à la fin de l'étude était de 1 mg/j. Les résultats montrent que Risperdal® comparativement au placebo, améliore significativement l'item trouble des conduites de l'échelle Nisonger Child Behavior Rating Form (NCBRF) dès la première semaine (p=0.007) et tous les items à la fin de l'étude. Par ailleurs, il est également noté une amélioration significative des scores irritabilité, retrait social/léthargie et hyperactivité à l'échelle ABC (respectivement p<0.001, p=0.007 et p<0.001) ; ainsi que de l'item comportement agressif/destructeur à la Behavior Problems Inventory (BPI) (p=0.004).

Cette dernière étude (Aman MG et al. 2002) [10] a été poursuivie, en ouvert sur 48 semaines chez 107 enfants, afin d'évaluer l'efficacité de Risperdal® (Findling RL et al. 2004) [11].

Une amélioration significative a été constatée tout au long de l'étude au niveau des tests cognitifs (p<0.05).

Dans cette étude (Findling RL et al. 2004) [11], Risperdal® a entraîné une amélioration rapide et significative de l'item trouble des conduites à l'échelle NCBRF, chez les patients qui recevaient le placebo pendant l'étude en double-aveugle (Aman MG et al. 2002) [10]. L'amélioration s'est maintenue à long terme également chez les enfants qui recevaient déjà le Risperdal®.

Par ailleurs, chez des enfants et des adolescents, âgés de 10 à 18 ans, Buitelaar JK et al. 2000 [12] montrent que le Risperdal®, à la dose moyenne de $2,1 \pm 1$ mg/j, apporte un bénéfice thérapeutique dans la prise en charge des comportements agressifs sévères, objectivé par les échelles Modified Observed Aggression Scale (MOAS) et CGI, chez des patients présentant un fonctionnement intellectuel inférieur à la normale.

b. Chez les enfants présentant un syndrome autistique

Dans le cadre du traitement des troubles du comportement observés dans les syndromes autistiques, une étude clinique (McCracken JT et al. 2002) [13], randomisée en double aveugle versus placebo a été réalisée, pendant 8 semaines chez 101 enfants, âgés en moyenne de 8,8 ans \pm 2,7, souffrant de troubles autistiques associés à des troubles du comportement. Parmi ces enfants, 49 ont été traités par Risperdal® à une posologie journalière moyenne de 1,8 mg \pm 0,7. Le critère principal d'évaluation était le score de la sous-échelle d'irritabilité de ABC, mesuré à 8 semaines. Les résultats montrent que Risperdal®, comparé au placebo, entraîne une diminution significative du score d'irritabilité ($p < 0.001$), ainsi qu'une amélioration clinique significative, mesuré sur l'échelle Clinical Global Impression-Improvement (CGI-I) ($p < 0.001$).

Ces résultats ont été maintenus durant la phase d'extension de l'étude, qui dure 6 mois. Les stéréotypies ainsi que l'hyperactivité, mesurées sur l'échelle ABC, ont été également significativement amélioré dans le groupe Risperdal® ($p < 0.001$).

Une étude canadienne (Shea S et al. 2004) [14], menée en double aveugle, randomisée en groupes parallèles versus placebo, pendant 8 semaines, à la dose moyenne de 1,17mg/jour, chez 79 enfants âgés de 5 à 12 ans, a montré que Risperdal® est un traitement efficace et bien toléré dans les troubles du comportement associés aux syndromes autistiques et autres envahissants du développement.

Les résultats montrent une diminution significative, par rapport au placebo, du score total de l'échelle ABC dans le groupe traité par Risperdal®, particulièrement sur les paramètres relatifs à l'irritabilité et à l'hyperactivité/non-compliance ($p < 0.001$). De plus, les patients traités par Risperdal® présentent une amélioration de leurs scores aux sous-échelles de la NCBRF, telles que « conduite à problème » ($p < 0.001$), « hyperactivité », « insécurité/anxiété » et « hypersensibilité » ($p < 0.05$). Enfin, le score de l'échelle Clinical Global Impression-Change (CGI-C) est significativement amélioré en fin d'étude ($p < 0.05$).

Le traitement a été évalué par des échelles reconnues au plan international :

- Echelle ABC (Aberrant Behavior Checklist) qui s'intéresse à 5 types de troubles du comportement : irritation, léthargie, stéréotypies, hyperactivité et propos inappropriés.
- Echelle CGI (clinical Global Impression)
- Echelle NCBRF (Nisonger Child Behavior Rating Form)
- Echelle BPI (Behavior Problems Inventory)
- Echelle MOAS (Modified Observed Aggression Scale)

c. Chez des enfants présentant des troubles des conduites [15]

Etudes	Nbre	Age	Diagnostic	Durée	Evaluation	Résultats
Finding et coll, 2000	20	6 à 14 ans	TC	10 sem	RAAPP, CGI-s, CGI-I, CPRS, CBCL	Rispéridone > placebo
Aman et coll, 2004	15 5		TC TDAH	6 sem	NCBRF, ABC	Rispéridone efficace sur TC et TDAH

Tableau III : Principales études contrôlées de l'efficacité antiagressive de la rispéridone dans le trouble des conduites

TC: troubles des conduites, TDAH: trouble déficit attention/hyperactivité, RAAPP: rating of aggression against people and/or property, CBCL: child behavior checklist.

Etudes	Nbre	Age	Diagnostic	Durée	Evaluation	Résultats
Croonenberghs et coll, 2005	504	5 à 14 ans	DBD QI bas	12 mois	NCBFF-CPS ABC, CGI	Amélioration rapide et durable
Finding et coll, 2004	107	5 à 12 ans	DBD QI bas	48 sem	NCBFF-CPS ABC, CGI	Amélioration rapide et durable
Buitelaar, 2000	26	10 à 18 ans	varié	2-12 mois	OAS, CGI	Efficace dans agressivité sévère
Schreier, 1998	11	5,5 à 16 ans	Trouble bipolaire	NA	NA	Efficace dans les troubles de l'humeur et agressivité

Tableau IV : Principales études en ouvert de l'efficacité antiagressive de la rispéridone dans le trouble des conduites

DBD: disruptive behavior disorder, NA: non applicable, OAS: overt aggression scale.

2 Pharmacodynamie

La rispéridone est un antipsychotique neuroleptique appartenant à la classe chimique des dérivés benzisoxales.

La rispéridone est un antagoniste des récepteurs sérotoninergiques 5-HT₂ et dopaminergiques D₂.

La substance se lie également aux récepteurs alpha₁-adrénergiques et, à un moindre degré, aux récepteurs histaminiques H₁ et alpha₂-adrénergiques. Elle ne présente pas d'affinité pour les récepteurs cholinergiques.

Le profil pharmacodynamique de la rispéridone diffère de celui des neuroleptiques classiques par une capacité moins marquée à diminuer l'activité motrice et à induire la catalepsie chez les animaux.

En clinique, la rispéridone améliore les symptômes positifs et négatifs de la psychose schizophrénique, avec de rares effets secondaires extrapyramidaux [8].

3 Pharmacocinétique

La pharmacocinétique est l'étude du sort des médicaments dans l'organisme : pénétration, métabolisme, distribution par la circulation sanguine, action sur les récepteurs, élimination [16].

3 1 Absorption

La rispéridone est complètement absorbée après administration orale. Le pic de concentration plasmatique est atteint en une à deux heures. Son absorption n'est pas influencée par la prise de nourriture.

Le produit peut être indifféremment administré en dehors ou au cours des repas [8] [17] [18] [19] .

3 2 Distribution

La rispéridone se distribue rapidement dans tout l'organisme. Son Volume de Distribution (**V_d** est un volume théorique dans lequel se distribue le médicament) est de un à deux litre/kg.

Elle a une distribution préférentielle dans le cortex frontal et le striatum qui sont les régions cérébrales les plus riches en récepteurs 5-HT₂ et D₂. Cette distribution cérébrale s'explique par son caractère lipophile. Sa lipophilie va être à l'origine des variations liées au volume graisseux (incidence chez les obèses et les enfants pour lesquels le volume graisseux corporel est plus important que chez les adultes) [17] [19] [20] [21] [22].

Dans le plasma, la rispéridone est liée à l'albumine et à l' α 1-glycoprotéine. La liaison aux protéines plasmatiques est de 88% pour la rispéridone et de 77% pour la 9-hydroxy-rispéridone.

Une semaine après administration, la rispéridone est excrétée à 70% dans les urines et à 14% dans les fèces. Dans l'urine, la rispéridone plus la 9-hydroxy-rispéridone représentent 35 à 45% de la dose administrée. La fraction restante est éliminée sous forme de métabolites inactifs.

Une étude à dose unique a montré une augmentation des concentrations plasmatiques de la fraction active et un ralentissement de l'élimination de la rispéridone chez le sujet âgé et chez l'insuffisant rénal ; chez l'insuffisant hépatique, les concentrations plasmatiques n'ont pas été modifiées.

3 3 Métabolisation

La rispéridone est métabolisée par le cytochrome P450 2D6 en 9-hydroxy-rispéridone dont l'activité pharmacologique est similaire à celle de la rispéridone. L'ensemble rispéridone et 9-hydroxy-rispéridone constitue la fraction active. La rispéridone est également métabolisée par N-déalkylation.

Le fait que le métabolisme de la rispéridone soit médié par le CYP 2D6 est une source d'interactions médicamenteuses car cette enzyme participe au métabolisme d'autres molécules qui peuvent être des inhibiteurs ou des inducteurs enzymatiques [23] [17] [19].

3 4 Elimination

Après administration orale chez les patients psychotiques, la rispéridone est éliminée, avec une demi-vie d'élimination d'environ 3h. La demi-vie d'élimination de la 9-hydroxy-rispéridone et de la fraction active est de 24h.

L'état d'équilibre de la rispéridone est atteint en 1 jour chez la plupart des patients. L'état d'équilibre de la 9-hydroxy-rispéridone est atteint après quatre à cinq jours de traitement. Dans la zone thérapeutique, les concentrations de la rispéridone augmentent proportionnellement avec la dose, car la cinétique est linéaire.

3 5 Particularités chez l'enfant

Peu d'études traitent la pharmacologie des neuroleptiques, et plus particulièrement de la rispéridone, chez l'enfant. Hormis les modifications relatives à la physiologie de l'enfant et qui sont communes à toute la pharmacologie, les publications ne montrent pas de variations très particulières par rapport à l'adulte.

L'AMM de la rispéridone en pédopsychiatrie concernent les enfants entre 5 et 11 ans. (Les enfants âgés entre 15 et 18 ans sont considérés comme des adultes dans l'AMM)

L'enfant, à cet âge, ne présente pas de risque particulier : ses mécanismes d'absorption, de distribution, de métabolisation et d'élimination ont une fonction normale. Les enfants semblent être des métaboliseurs rapides au niveau du polymorphisme [17] [24].

	Enfant	Adulte
Absorption: Tmax	1 heure	2 heures
T1/2 de la rispéridone	2 heures	3 heures
T1/2 de la fraction active	16 heures	24 heures

Tableau V : Les paramètres pharmacocinétiques

Nous pouvons en conclure que l'enfant n'est pas un adulte miniature mais un organisme en développement. La posologie doit être adaptée en fonction du poids de l'enfant d'où l'intérêt de formes galéniques au dosage adapté. Il est cependant fondamental d'apporter une attention particulière aux enfants traités en raison des méconnaissances dans ce domaine et d'une variabilité interindividuelle plus importante que chez l'adulte.

4 Interactions médicamenteuses

Il existe plusieurs niveaux d'interactions. On définit :

- les associations contre-indiquées : elles sont formellement interdites ;
- les associations déconseillées qui sont laissées à l'évaluation du médecin et du pharmacien ;
- les associations nécessitant des précautions d'emploi ;
- les associations à prendre en compte.

4 1 Déconseillées

4 1 1 L'alcool

L'alcool majore l'effet sédatif des neuroleptiques. L'altération de la vigilance peut rendre dangereuses la conduite de véhicules et l'utilisation de machines. Eviter la prise de boissons alcoolisées et de médicaments contenant de l'alcool.

4 1 2 Lévodopa (Modopar®, Sinemet®)

Il existe un mécanisme d'antagonisme réciproque de la L-dopa avec les neuroleptiques. C'est un effet de classe, tous les neuroleptiques sont des antagonistes dopaminergiques alors que la L-dopa, précurseur de la dopamine est par définition agoniste de ses récepteurs. C'est une association déconseillée [25].

4 1 3 Les agonistes dopaminergiques

Les agonistes dopaminergiques vont rentrer en compétition avec les neuroleptiques au niveau de la synapse. On peut citer : amantadine (Mantadix®), bromocriptine (Parlodel®), lisuride (Dopergine®), pergolide (Celance®), piribédil (Trivastal®), ropinirole (Requip®), cabergoline (Dostinex®), pramipexole (Sifrol®), apomorphine (Apokinon®).

4 2 Précautions d'emploi

4 2 1 La carbamazépine (Tégréto®)

Elle diminue les concentrations plasmatiques de la rispéridone et de son métabolite actif, pouvant entraîner une perte d'efficacité du traitement, par augmentation de son métabolisme hépatique.

4 3 A prendre en compte

4 3 1 Les antihypertenseurs

Cette association est à prendre en compte en raison de l'effet antihypertenseur de la rispéridone par ses propriétés alpha-bloquantes et donc du risque d'hypotension orthostatique majoré.

4 3 2 Fluoxétine (Prozac®) et paroxétine (Déroxat®)

Cette association entraîne une augmentation des concentrations plasmatiques de rispéridone par diminution de son métabolisme hépatique, avec risque de majoration des effets indésirables.

4 3 3 Les autres déprimeurs du système nerveux central

Ceux-ci majoreraient la dépression centrale :

- Les dérivés morphiniques
- Les barbituriques
- Les benzodiazépines
- Les anxiolytiques autres que benzodiazépines : carbamates (Equanil®), captodiamine (Covatine®), étifoxine (Stresam®)
- Les hypnotiques
- Les antistaminiques H1 sédatifs
- Les antidépresseurs sédatifs
- Les antihypertenseurs centraux
- Le baclophène (Lioréal®)
- La thalidomide.

5 Effets indésirables

5 1 Généraux

Les effets indésirables observés au cours des traitements par la rispéridone sont insomnie, agitation, anxiété et céphalées, pour les effets communs.

Les effets moins communs sont :

- somnolence, fatigue, sensation d'étourdissement, difficultés de concentration, troubles digestifs, douleurs abdominales, troubles de la vision, troubles de l'érection, incontinence urinaire, rhinite, rash cutané et autres réactions de nature allergique ;
- symptômes extrapyramidaux (tremblements, rigidité, hypersalivation, bradykinésie, dystonie aiguë), généralement d'intensité modérée et réversibles à la réduction de la posologie et/ou, si nécessaire, à l'administration de correcteur anticholinergique ;
- malaises orthostatiques (vertiges, hypotension, tachycardie réflexe), en particulier à des posologies initiales de rispéridone supérieures à celle préconisées ;
- augmentation de la prolactinémie, dose-dépendante, pouvant entraîner au plan clinique : une galactorrhée, une gynécomastie, des anomalies du cycle menstruel et une aménorrhée ;

- prise de poids ;
- oedèmes ;
- augmentation des enzymes hépatiques ;
- leucopénie ;
- intoxication à l'eau, occasionnelle, liée à une polydipsie ou à un syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique ;
- troubles de la régulation thermique, dyskinésie tardive, syndrome malin, convulsion, comme avec les neuroleptiques classiques ;
- des événements cérébrovasculaires, incluant des accidents vasculaires cérébraux et des accidents ischémiques transitoires, ont été rapportés au cours de traitement par la rispéridone ;
- très rares cas d'hyperglycémie ou d'exacerbation d'un diabète préexistant.

5 2 Plus fréquents chez l'enfant

Le profil de tolérance chez l'enfant est comparable à celui observé chez l'adulte. En revanche, les effets indésirables à long terme, sont relativement méconnus quant aux conséquences potentielles, relatives au bon développement de l'organisme de l'enfant [26].

Il a été montré que chez les enfants et les adolescents, une augmentation des doses plus progressive et plus lente permet de réduire au maximum le risque d'effets indésirables entraînant ainsi une meilleure tolérance et donc une meilleure compliance. En effet, des syndromes extrapyramidaux aigus sont décrits de façon plus fréquente chez l'enfant surtout lors d'augmentation rapide de posologie [27] [28] [29].

Les principaux effets indésirables survenus chez l'enfant sont la somnolence et la prise de poids sans modifications importantes des paramètres biologiques ou cardiovasculaires (augmentation légère et transitoire du rythme cardiaque chez deux enfants). Les manifestations endocriniennes posent le problème du développement à long terme encore méconnu. Toutes les études montrent un nombre d'effets indésirables plus importants dans le groupe rispéridone que dans le groupe placebo [24] [30] [31] [32].

5 2 1 La somnolence

La somnolence (73% dans le groupe rispéridone versus 8% dans le groupe placebo) doit être envisagée de façon très sérieuse car, dans le cas présent, cette manifestation apparaît chez des sujets en phase d'apprentissage scolaire ou rééducatif. Une modification de l'horaire des prises (par exemple le soir au coucher) peut améliorer l'impact de la sédation sur les facultés d'attention de l'enfant [10] [11] [14] [13] [33].

5 2 2 Les prises de poids

Le problème des prises de poids, encore plus important chez l'enfant que chez l'adulte même s'il ne met pas le pronostic vital en jeu, est fondamental. C'est l'une des constatations les plus fréquentes autant de la part des médecins que des patients. De plus, c'est une manifestation largement sous notifiée.

Face aux problèmes hygiéno-diététiques de la société actuelle avec l'accroissement du nombre d'enfants en surpoids ou obèses, il est important de prendre en charge sans laxisme cet effet indésirable, d'autant que les prises de poids sont fréquentes et parfois importantes sous rispéridone. Dans certains essais sur une période plus longue, on peut noter des prises de sept à huit kg sur une période de six mois à un an. De plus il s'agit de jeunes avec des troubles du comportement violents donc plus difficiles à contenir physiquement s'ils sont « trop lourds » [10] [11] [14] [13] [33] [34] [35] [36] [37].

La cinétique de cette prise de poids chez l'enfant a été étudiée. Elle montre que l'exposition chronique des enfants autistes à la rispéridone entraîne une prise de poids selon une courbe de type curvilinéaire avec un ralentissement ultérieur [38].

5 2 3 Les troubles endocriniens

Lors d'essais cliniques, il a pu être rapporté que l'incidence des troubles menstruels chez la jeune fille et des gynécomasties chez le jeune garçon était plus élevée que chez l'adulte. On peut penser que les différences sont en rapport avec les processus normaux de développement et de maturation sexuelle [39].

5 2 4 Les effets extrapyramidaux

Il semblerait que, comme pour l'adulte, les neuroleptiques atypiques et notamment la rispéridone apportent un bénéfice en terme de survenue d'effets indésirables par rapport aux neuroleptiques dits de première génération.

Cette amélioration concernerait surtout les effets indésirables de type neurologique qui sont apparus peu fréquemment dans les différentes études. Des études ont montré que l'apparition de ces effets neurologiques est dose dépendante et concentration dépendante. Dans les études, l'adolescent apparaît plus sensible que l'adulte à la survenue d'effets extrapyramidaux [10] [11] [14] [13] [39].

Jusqu'à la mise sur le marché de la rispéridone, le neuroleptique de référence en pédopsychiatrie était l'halopéridol (Haldol®). Une étude menée chez des enfants de 5 à 14 ans traités pendant 39 semaines a montré l'apparition de syndromes extrapyramidaux chez 53% des enfants ce qui est beaucoup plus important que les résultats obtenus avec la rispéridone. Dans l'étude de Shea, le pourcentage symptômes extrapyramidaux étaient de 28% pour le groupe rispéridone contre 13% pour le groupe placebo [14] [40].

Quelques cas ont été publiés notamment, le plus ancien, celui d'une jeune fille de 14 ans pour laquelle une dyskinésie tardive est apparue après 3 mois de traitement à la dose de 1 mg par jour ou encore celui d'un jeune autiste de 14 ans qui au 23^{ème} mois de traitement a présenté un mouvement de « jerking » du tronc et de l'abdomen. Il était alors bien équilibré au plan psychiatrique à la dose de 3 mg/j de rispéridone.

Après essai de réduction de posologie, la dose de 2 mg/j ne s'est pas montrée efficace. En raison de l'efficacité thérapeutique à la dose de 3 mg/j, le médecin a réévalué le rapport bénéfice/risque du traitement avec les parents. Un traitement correcteur a du être initié.

Ce dernier cas soulève la question de l'intervention médicamenteuse correctrice chez l'enfant qui n'est pas encore consensualisée surtout dans des situations d'effets indésirables peu fréquents [29] [41] [42].

5 2 5 les autres manifestations

La survenue de céphalées est un effet indésirable fréquent [10] [11].

Les rhinites sont également fortement signalées sans qu'il n'y ait pu avoir d'explication avec presque 30% des enfants victimes contre 10% dans le groupe comparateur placebo [14].

Dans cette même étude, il est apparu des événements indésirables extrapyramidaux peu fréquents mais qualifiés de sévères [14].

Des manifestations digestives de type nausées, vomissements ou encore dyspepsies sont également constatées mais leur fréquence et leur importance tendent à diminuer lors de la poursuite du traitement [39] [43].

5 2 6 Les syndromes d'arrêt

Ce syndrome est décrit chez 10 à 20% des enfants et des adolescents traités au long cours par des antipsychotiques : diminution de l'appétit, nausées et vomissements, troubles aigus du comportement [44].

6 Contre-indications

La rispéridone présente peu de contre-indications :

- l'hypersensibilité à la molécule elle-même ou à l'un des excipients ;
- la femme allaitant en raison des résultats précliniques montrant une excrétion du produit dans le lait maternel.

La galénique montre la présence de lactose en tant qu'excipient, entraînant une contre-indication en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de mal absorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

De même pour la forme orodispersible, la présence d'aspartam entraîne une contre-indication en cas de phénylcétonurie [8] [45].

7 Surdosage

Les signes de surdosage se traduisent sur le plan clinique par :

- somnolence, sédation ;
- tachycardie, hypotension ;
- symptômes extrapyramidaux.

Une surveillance cardiaque doit être mise en place, en raison du possible allongement de l'espace QT, même si les résultats d'une étude indiquent que la rispéridone, par rapport à d'autres antipsychotiques, présente un profil d'évolution favorable lors de la survenue de surdosages [46].

Il n'existe pas d'antidote spécifique connu à la rispéridone. En cas de surdosage aigu, l'implication d'autres médicaments doit être recherchée et des mesures appropriées doivent être mises en œuvre :

- établir et maintenir l'accès aux voies aériennes supérieures, assurer une oxygénation et une ventilation adéquates ;
- la pratique d'un lavage gastrique et l'administration de charbon activé associé à un laxatif doivent être envisagées ;
- la surveillance cardiovasculaire doit commencer immédiatement et doit inclure une surveillance électrocardiographique en continu afin de détecter l'apparition de troubles du rythme à type d'arythmies ;
- l'hypotension et le collapsus circulatoire doivent être traités par administration intraveineuse de solutés de remplissage et/ou d'agents sympathomimétiques ;
- un traitement anticholinergique doit être administré, en cas d'apparition de symptômes extrapyramidaux sévères [8].

Un cas de tentative de suicide chez un adolescent de 15 ans a été publié. La prise médicamenteuse était de 110 mg de rispéridone. Les manifestations apparues étaient modérées compte tenu d'une prise multipliée par dix par rapport aux doses usuelles préconisées. L'adolescent a présenté une léthargie, une hypotension et une tachycardie sans autres manifestations cliniques particulières associées.

Dans cet article, les auteurs ont étudié toutes les classes d'âges. Ils concluent lors de surdosage, notamment chez les enfants, à la nécessité en premier lieu d'une surveillance cardiorespiratoire accrue [47].

8 Galénique

Il existe actuellement quatre types de formes galéniques de rispéridone dont certaines sont destinées à l'enfant :

- une forme buvable à 1 mg/ml dans des flacons de 30ml, 60ml ou 120ml avec seringue pour administration orale et capsule sécurité enfant ;
- une forme comprimé sécable avec trois dosages : 1mg, 2mg, 4mg ;
- une forme comprimé orodispersible avec cinq dosages : 0,5mg, 1mg, 2mg, 3mg et 4mg ;
- une forme injectable retard en IM avec trois dosages : 25mg/2ml, 37.5mg/2ml et 50mg/2ml.

Les formes buvables et orodispersibles sont adaptées pour les enfants.

Pour la forme buvable, le prélèvement des quantités se fait à l'aide d'une seringue graduée en ml ou en mg ce qui est équivalent car la concentration est de 1mg/ml.

La forme orodispersible présente plusieurs avantages en pédopsychiatrie :

- l'existence d'un dosage à 0,5mg facilitant l'ajustement des prises et permettant une alternative à la forme buvable notamment lors de problèmes de goût ou encore de facilité de transport (activité sportive, voyage...) ;
- leur désintégration quasi immédiate dans la bouche, en quelques secondes sur la langue sans besoin d'eau, garantissant aux parents la prise du traitement en cas de refus de l'enfant.

En revanche, la forme orodispersible est plus fragile. Le déconditionnement du blister doit se faire délicatement. Une fois sortis de la plaquette thermoformée, les comprimés doivent être utilisés immédiatement car ils ne se conservent pas à l'air libre.

La forme injectable retard est selon l'AMM réservée à l'adulte de plus de 15 ans, administrable en IM tous les 14 jours.

9 Modalités de prescription et suivi chez l'enfant

La rispéridone doit être prescrite dans le traitement chronique des troubles du comportement associé au retard mental à une posologie initiale recommandée à 0,25mg/j. Ces posologies pourront aller jusqu'à 0,5mg/j pour un individu de moins de 50kg à 1mg/j si le poids est supérieur ou égal à 50kg après un palier par posologie d'au moins 72h [8] [26] [13].

La posologie journalière efficace dans l'indication des troubles du comportement observés dans les syndromes autistiques semble, selon les études, devoir être comprise entre 1 et 4mg/j ce qui est inférieur aux doses préconisées chez l'adulte.

Ces doses d'entretien seront obtenues après une initiation du traitement à la posologie de 0,25mg/j si l'enfant pèse moins de 20kg ou de 0,5mg/j si son poids est supérieur ou égal à 20kg. La posologie minimale efficace est recherchée en augmentant progressivement les doses par paliers de 8 jours [8] [13].

Comme pour l'adulte, la réévaluation du rapport bénéfice/risque chez l'enfant est un principe général.

La rispéridone a fait l'objet d'étude à la dose de 0,02 à 0,04 mg/kg/j dans le traitement aigu de l'agressivité et des troubles des conduites chez l'enfant. Il s'agit d'une situation d'urgence dans laquelle la molécule sera prescrite de façon brève [13].

Indications	Retard mental accompagné de troubles du comportement en monothérapie	Syndrome autistique accompagné de troubles du comportement en monothérapie
Posologie d'initiation	0,25 mg/j si P < 50kg 0,5 mg/j si P ≥ 50kg	0,25 mg/j si P < 20kg 0,5 mg/j si P ≥ 20kg
Posologie d'entretien	De 0,25 à 0,75 mg/j si P < 50kg De 0,5 à 1,5 mg/j si P ≥ 50kg	De 1 à 4 mg/j
Paliers	Le palier minimum est de 72 heures	A partir du 8ème jour la posologie peut être augmentée à 0,5 mg ou 1 mg en fonction du poids, A partir du 16ème jour , la posologie sera adaptée en fonction de la réponse clinique
Remarques	Pour la posologie à 0,25 mg/j seule la forme buvable est adaptée,	Pour la posologie à 0,25 mg/j seule la forme buvable est adaptée, l'ajustement de posologie peut se faire de façon plus lente avec un délai minimum de 7 jours

Tableau VI : Récapitulatif des posologies de la rispéridone chez l'enfant âgé de 5 à 11 ans

Avant traitement, les règles de prescription des psychotropes chez l'enfant reposent sur les indications/contre-indications de l'AMM. Sous traitement, des protocoles de surveillance sont établis tant au plan clinique que biologique.

La monothérapie sera privilégiée car les associations sont a fortiori très mal étudiées [26].

Rosenberg préconise quelques recommandations chez l'enfant, elles se composent :

- d'un examen clinique avant toute prescription : poids, taille, pouls, tension artérielle ;
- de l'inventaire des manifestations indiquant la nécessité du traitement ce qui permettra un suivi de l'évolution ultérieure ;
- d'un bilan biologique : Numération de Formule Sanguine (NFS), bilan hépatocellulaire, dosage de la Créatinine PhosphoKinase (CPK) ;
- d'un électrocardiogramme [49].

Au sein du service étudié (le SHIP), les recommandations sont réalisées, ils effectuent en plus, la glycémie et le ionogramme, par contre le dosage des CPK n'a lieu qu'en cas de problème.

Lorsque le traitement est débuté, une surveillance clinique particulière pour l'enfant doit également être mise en place : surveillance de la taille, du poids, et recherche des effets neurologiques. La réévaluation du traitement est recommandée à chaque consultation psychiatrique [8].

Le syndrome malin des neuroleptiques est un effet indésirable rare mais grave. Il doit être considéré comme pouvant survenir chez l'enfant et l'adolescent avec n'importe quel neuroleptique. La crainte de cette complication rend nécessaire des mesures d'urgence en cas de survenue de fièvre au cours d'un traitement par neuroleptique [50].

4^{ème} Partie :

**Analyse des dossiers d'enfants
hospitalisés en 2006 au SHIP
présentant un trouble du
comportement induisant une
prescription de rispéridone**

1 La méthodologie

1 1 Modalités de choix des dossiers

Les critères de choix des dossiers ont été établis en collaboration avec Monsieur le Dr Gorans, Madame le Dr Gétin et Madame Maulaz pharmacien.

Il s'agit de patients hospitalisés et connus du SHIP en 2006, cela signifie qu'ils n'ont en aucun cas, été hospitalisés au SHIP les années antérieures. De plus, ces patients ont reçu du Risperdal® durant leur(s) hospitalisation(s).

L'étude prend en compte l'évolution et l'observation du traitement sur l'année 2006 dans son ensemble.

Ces critères ont permis de cibler **18 dossiers** de patients, et de mettre en exergue :

- des généralités sur les patients (sexe, âge, IMC), sur leur(s) hospitalisation(s) (nombre, durée) ;
- des éléments sur la dernière hospitalisation (provenance, mode d'entrée) ;
- des informations sur les patients (mode de vie, autorité parentale, composition de la famille, scolarité) ;
- des informations sur leur traitement par la rispéridone (galénique, mise en place, posologie, efficacité, traitement associés, effets indésirables).

1 2 Présentation de la grille des critères

N°

Généralités :

Nom Prénom

Sexe F M

Date de naissance

IMC

Suivi par Dr (SHIP)

Suivi par Dr (ville)

Diagnostic de fin 2006

Nombre d'hospitalisations en 2006

Date des hospitalisations en 2006

Durée moyenne d'hospitalisations en 2006

Dernière hospitalisation en 2006 :

Motif

Demandeur

Provenance

Mode d'entrée, Urgence : oui non

Informations sur le patient :

Mode de vie :

<input type="checkbox"/> 1.vit seul	<input type="checkbox"/> 5.grands-parents	<input type="checkbox"/> 9.sans info
<input type="checkbox"/> 2. ses deux parents	<input type="checkbox"/> 6.famille d'accueil	<input type="checkbox"/> 10.autres cas
<input type="checkbox"/> 3. un parent	<input type="checkbox"/> 7.institution	
<input type="checkbox"/> 4. parents alternés	<input type="checkbox"/> 8.sans domicile	

Autorité parentale :

Conjointe Père seul Mère seule Tuteur

Composition de la famille :

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. deux parents | <input type="checkbox"/> 4.mère décédée | <input type="checkbox"/> 7.sans info |
| <input type="checkbox"/> 2. famille monoparentale | <input type="checkbox"/> 5.père décédé | |
| <input type="checkbox"/> 3. parents séparés ou divorcés | <input type="checkbox"/> 6.autres cas | |

Scolarité : Temps plein Temps partiel

Niveau :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. maternelle | <input type="checkbox"/> 4.établissement spécialisé | <input type="checkbox"/> 7.enseignement supérieur |
| <input type="checkbox"/> 2. CP | <input type="checkbox"/> 5.collège | |
| <input type="checkbox"/> 3. primaire | <input type="checkbox"/> 6.lycée | |

N°

Initiation du traitement :

Indication

Date de mise en place

Posologie initiale

Forme :

Comprimé solution buvable injectable orodispersible

Prescripteur initial :

Dr du SHIP Psychiatre de ville Autre

Mise en place du traitement :

- Avant hospitalisation au SHIP
- Pendant la 1ere hospitalisation au SHIP
- Après la 1ere hospitalisation au SHIP
- Après la 2eme hospitalisation au SHIP

Traitements antérieurs :

1ère hospitalisation :

Posologie entrant

Posologie sortant

Modifications en cours d'hospitalisation : non oui

Lesquelles :

Pourquoi ?

Efficacité

Effets secondaires : non oui

Lesquels ?

A entraîné l'arrêt du traitement : non oui

Traitements associés :

Modification après l'hospitalisation : non oui

Lesquelles :

Pourquoi ?

2^{ème} hospitalisation :

Posologie entrant

Posologie sortant

Modification en cours d'hospitalisation : non oui

Si oui : diminution augmentation

Pourquoi ?

Efficacité

Effets secondaires : non oui

Lesquels ?

A entraîné l'arrêt du traitement : non oui

Traitements associés :

Modification après l'hospitalisation : non oui

Lesquelles :

Pourquoi ?

Figure 9 : Grille de recueil des données

2 Classification des pathologies rencontrées

Les pathologies en pédopsychiatrie sont classées selon la **Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA)**, il s'agit de la quatrième version actuellement.

La CFTMEA possède l'avantage de mettre en valeur les spécificités de la psychiatrie française et d'établir des correspondances avec la **Classification Internationale des Maladies (CIM)**.

Elle se divise en neuf chapitres explicités ci-dessous.

2 1 Autisme et troubles psychotiques

Les troubles autistiques et psychotiques avérés chez l'enfant et l'adolescent seront classés dans cette partie. Bien que n'appartenant pas strictement au registre psychotique, y figurent également des troubles thymiques de l'adolescent, dont la sévérité et la massivité obèrent temporairement le rapport au réel [51].

L'autisme infantile ou maladie de Kanner est une psychose de l'enfant. Le nouveau-né apparaît indifférent au regard et à la présence d'autrui. Ensuite le petit enfant est isolé, comme sourd, sans recherche du contact. S'il parle, il se borne à répéter les mots prononcés devant lui et n'utilise jamais du « oui » et du « je ». Il manipule des objets quelconques mais se désintéresse des jouets, se balançant suivant un rythme immuable. Parfois il étonne par ses capacités (calcul, mémoire).

La psychose est un terme générique désignant un ensemble de maladies mentales caractérisées par un rapport à la réalité commune différent de la norme requise pour une adaptation sociale : on distingue les psychoses aiguës et les psychoses chroniques.

La dysharmonie psychotique :

Le déficit intellectuel n'occupe pas une place centrale (il est modéré).

On constate des dysharmonies dans l'apprentissage du langage, dans la psychomotricité.

Mais il n'y a pas de retard mental sévère.

En revanche, il y a un ensemble de traits psychotiques :

- menace de rupture avec le réel ;
- absence d'organisation du sentiment de soi ;
- instabilité des affects et représentations d'une extrême crudité ;
- intérêts très primitifs (portant vers des choses crues ou élémentaires) ;
- angoisses spécifiques ;
- troubles comportementaux associés : instabilité ou inhibition motrice.

Symptômes de type névrotique : phobies et obsessions [52].

La thymie est une disposition affective de base influencée par le vécu émotionnel et instinctif, donnant un éprouvé agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur [2].

2 2 Troubles névrotiques

La névrose se définit comme une maladie ou anomalie psychique, d'intensité variable, atteignant la vie affective et indirectement les opérations intellectuelles et les comportements. Sans origine organique connue, en rapport probable avec des difficultés de l'évolution psycho-affective et des troubles relationnels, elle s'exprime par l'angoisse, les phobies, les obsessions, l'inhibition, l'agressivité, ressenties par le sujet comme pathologiques qu'il critique et dont il aspire à être soulagé [2].

La souffrance psychique, particulièrement l'angoisse sous la forme pure ou sous d'autres aspects, occupe une place centrale, y compris pour les cas où certains mécanismes limitent les expressions directes du malaise affectif de fond.

Quelles que soient les variations symptomatiques, fréquentes, l'évolution inclut une restriction des capacités et potentialités des sujets, mais sur un mode limité à certains secteurs [51].

2 3 Pathologies limites, troubles de la personnalité

Les pathologies limites de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution. Beaucoup se présentent sous l'aspect dominant de troubles de la personnalité qui occupent une place originale entre troubles névrotiques et organisation psychotique.

Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :

- des défauts précoces d'étayage d'où résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale, cependant l'enfant met en œuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self ;
- des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs ;
- des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives, elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet, néanmoins, l'enfant accède à une différenciation soi non-soi où se marque l'écart vis-à-vis des psychoses ;
- des failles narcissiques constantes : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité, à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontement répétitifs avec le milieu [51].

2 4 Troubles réactionnels

On inclut ici les troubles définis par l'apparition récente, en lien avec une cause précise, sans troubles de la personnalité.

- Dépression réactionnelle : Troubles répondant aux critères énoncés ci-dessus où la composante dépressive est au premier plan. Ces troubles répondent rapidement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.
- Manifestations réactionnelles : Troubles répondant aux critères énoncés ci-dessus qu'ils aient une expression mentalisée ou qu'ils apparaissent sous la forme de conflits extériorisés dans le milieu familial, scolaire ou social. Ces troubles répondent rapidement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.

- Syndrome de stress post-traumatique : Dans les mêmes conditions d'apparition récente, de lien avec une cause déclenchante précise et d'intégrité de la personnalité surviennent ici des troubles qui vont constituer une réponse relativement persistante, parfois différée, aux facteurs déclenchants.

A travers des manifestations d'anxiété et des symptômes, variables d'un cas à l'autre, on relève la reviviscence répétitive des événements traumatiques, sous la forme de rêves, de cauchemars, de scènes jouées ou représentées, dans un contexte d'hypervigilance et de réaménagements des rapports avec l'environnement.

L'évolution est favorable, dans la plupart des cas, lorsqu'on intervient avec les moyens adaptés, parfois cependant, elle mène à des modifications notables de la personnalité qui feront alors classer le sujet dans un autre cadre nosographique [51].

2 5 Déficiences mentales

Nous pouvons parler aussi d'arriération, de déficiences mentales, de démences.

On ne classe ici comme catégorie principale, que les formes où la déficience mentale constitue l'élément central. Les autres formes sont à classer par priorité en 1,2 ou 3 d'après la nature de la pathologie dominante, la déficience mentale n'apparaissant que comme catégorie complémentaire.

Le niveau mental et la catégorie de la déficience sont indiqués.

Le niveau mental doit être évalué à partir de toutes les informations disponibles, c'est-à-dire à la fois la symptomatologie clinique et les données psychométriques. Les quotients intellectuels indiqués sont ceux de tests ayant une moyenne égale à 100 et un écart-type de 15. L'échelle utilisée reprend celle de la Classification internationale des maladies de l'OMS [51].

5.0x	QI	50-69
5.1x	QI	35-49
5.2x	QI	20-34
5.3x	QI	< à 20
5.4x	QI	non spécifié

2 6 Troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales

Ces troubles sont envisagés dans une perspective descriptive, sans référence étiopathologique. Certains d'entre eux, en l'absence d'une cause précise, sont définis par l'expression « troubles spécifiques du développement » [51].

Les troubles des fonctions instrumentales en l'absence de déficit de l'appareil de perception ou de l'appareil d'exécution. On distingue trois grands types de troubles instrumentaux : les aphasies, les apraxies, les agnosies.

Chez les enfants et l'adolescent, les troubles instrumentaux peuvent être : un retard de langage, des troubles isolés de l'articulation, des troubles complexes du langage oral, des troubles lexicographiques, une dyscalculie, des troubles du raisonnement, un bégaiement, un mutisme électif, une hyperkinésie, un retard psychomoteur, des tics isolés...[2]

2 7 Troubles des conduites et des comportements

Ce chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels.

Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories.

Cette catégorie comprend :

- Les troubles hyperkinétiques
- Les troubles des conduites alimentaires
- Les conduites suicidaires
- Les conduites liées à l'usage de drogues ou alcool
- Les troubles de l'angoisse de séparation
- Les troubles de l'identité et des conduites sexuelles
- Les phobies scolaires
- Les autres troubles caractérisés des conduites. [51]

2 8 Troubles à expression somatique

Nous pouvons y inclure :

- Les affections psychosomatiques (l'eczéma, le psoriasis, l'asthme, les colites et rectocolites...)
- Les troubles psychofonctionnels (torticolis psychogène, crampe de l'écrivain, hoquet et toux psychogènes, aérophagie, vomissement psychogène...)
- Les troubles hypocondriaques
- Les énurésies
- Les encoprésies (émission de selles répétées)
- Les troubles du sommeil
- Les retards de croissance psychogène. [51]

2 9 Variation de la normale

Cette catégorie ne peut être utilisée qu'isolement, à l'exclusion de toute autre catégorie.

On ne classe ici que des symptômes ou des conduites qui ne peuvent être inclus dans l'un des cadres précédents. Certains se retrouvent souvent dans l'évolution normale de l'enfant ou de l'adolescent (phobies précoces, rituels du jeune âge, moments dépressifs, décalages et régression transitoires dans l'émergence et l'organisation des grandes fonctions). Ils sont transitoires et peuvent correspondre à des moments féconds du développement, sans que leur intensité ou la gêne qu'ils apportent éventuellement à la vie relationnelle leur donnent pour autant une valeur pathologique.

On classera également dans cette rubrique des manifestations plus durables, mais dont le caractère pathologique ne peut être affirmé, par exemple certaines difficultés scolaires qui semblent en relation avec des facteurs antérieurs (orientation, encadrement, pédagogie) ou certains aspects originaux de la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent.

3 Résultats

3 1 Information sur les patients

3 1 1 Information sur le sexe

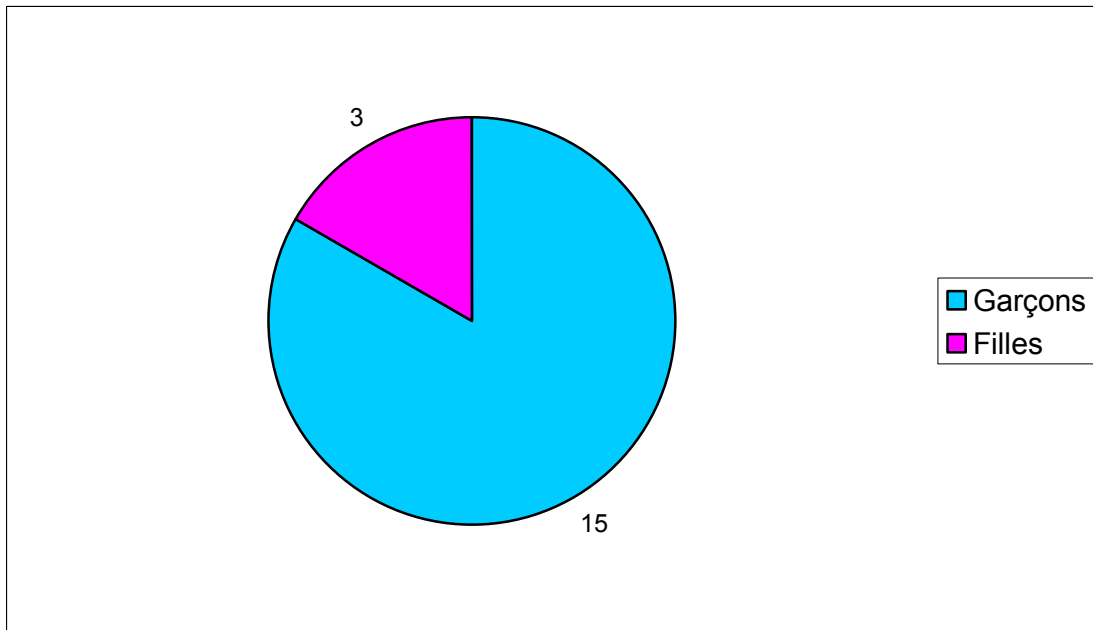


Figure 10 : Répartition des patients en fonction de leur sexe

Nous avons une forte majorité de garçons, 15 garçons pour 3 filles.

Ce chiffre est conforme aux autres années. A l'adolescence, les garçons sont plus touchés par les troubles psychotiques, dysharmoniques et expriment plus fréquemment leur malaise, sous forme de troubles du comportement, agressivité, impulsivité, que les filles.

En règle générale, il est décrit une proportion de 3 garçons pour une fille.

3 1 2 Information sur l'âge

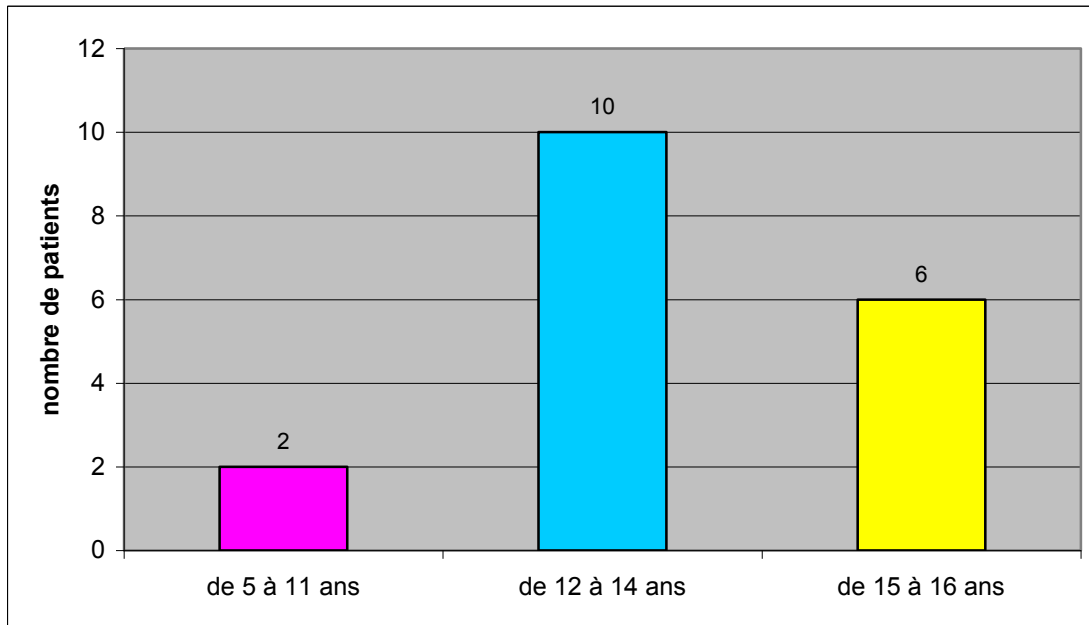


Figure 11 : Répartition des patients en fonction de leur âge

Nous observons que la majorité des enfants sont âgés de 12 à 14 ans.

3 1 3 Information sur l'IMC

L'IMC est l'indice de masse corporel, en anglais « **Body Masse Indice** » BMI, il se calcule en faisant le rapport :

Poids (en kilos)

IMC = _____

Taille² (en mètres)

Après avoir calculé l'IMC de l'enfant, il faut le reporter sur la courbe de corpulence (cf annexes), celle-ci est différente en fonction du sexe et permet de détecter une insuffisance pondérale ou un surpoids, voire une obésité.

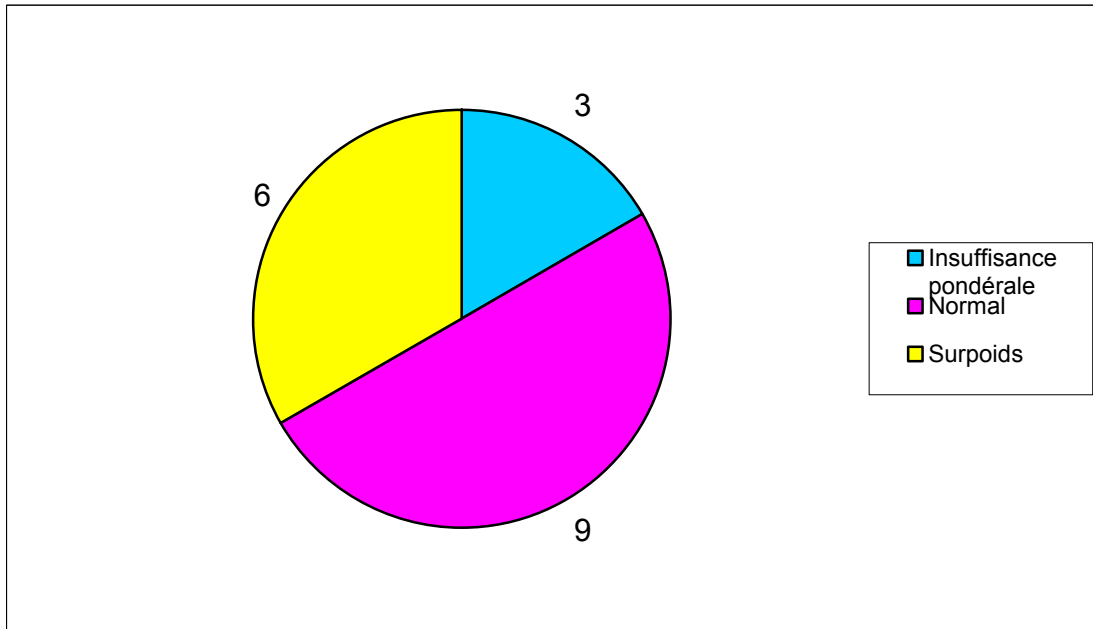


Figure 12 : Répartition des patients en fonction de leur IMC

Nous remarquons que la moitié des enfants présente un problème de poids, six surpoids et trois d'insuffisance pondérale.

Les surpoids sont fréquents chez les enfants présentant des troubles du comportement, car ils ne respectent pas les limites (intolérance à la frustration), de plus les traitements accentuent souvent ce phénomène.

Parmi, les trois insuffisances pondérales, seul un patient présente une anorexie mentale atypique.

3 1 4 Information sur la situation des familles

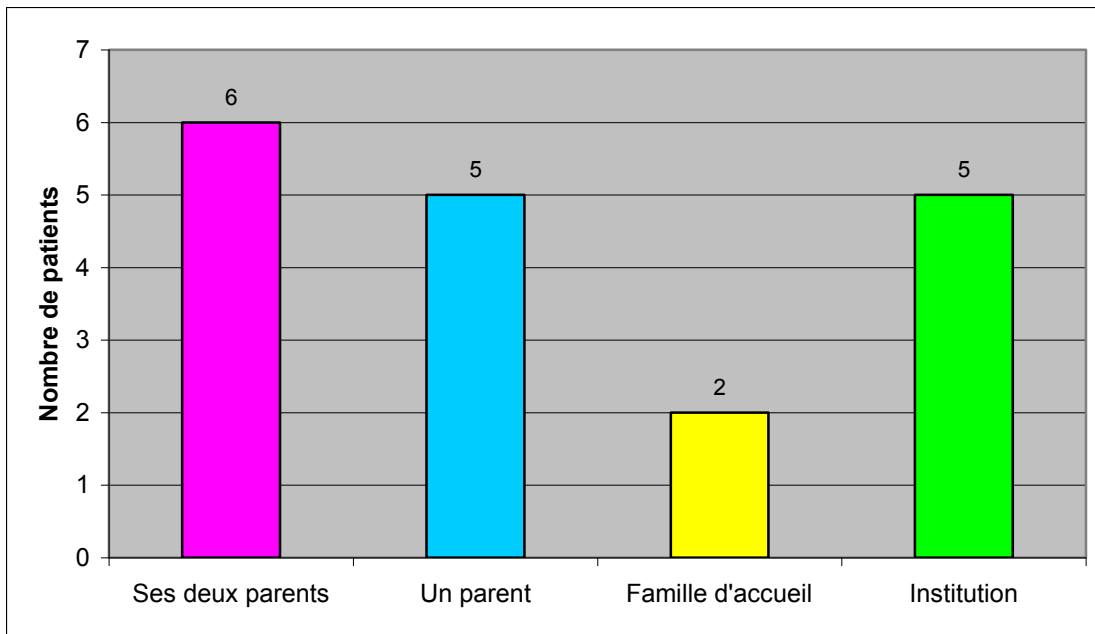


Figure 13: Mode de vie

Nous remarquons qu'un peu plus d'un tiers des enfants sont placés (en famille d'accueil ou en institution). Cette surreprésentation des enfants placés est normale compte tenu, des troubles du comportement et des discontinuités des liens en cause dans ce type de pathologie

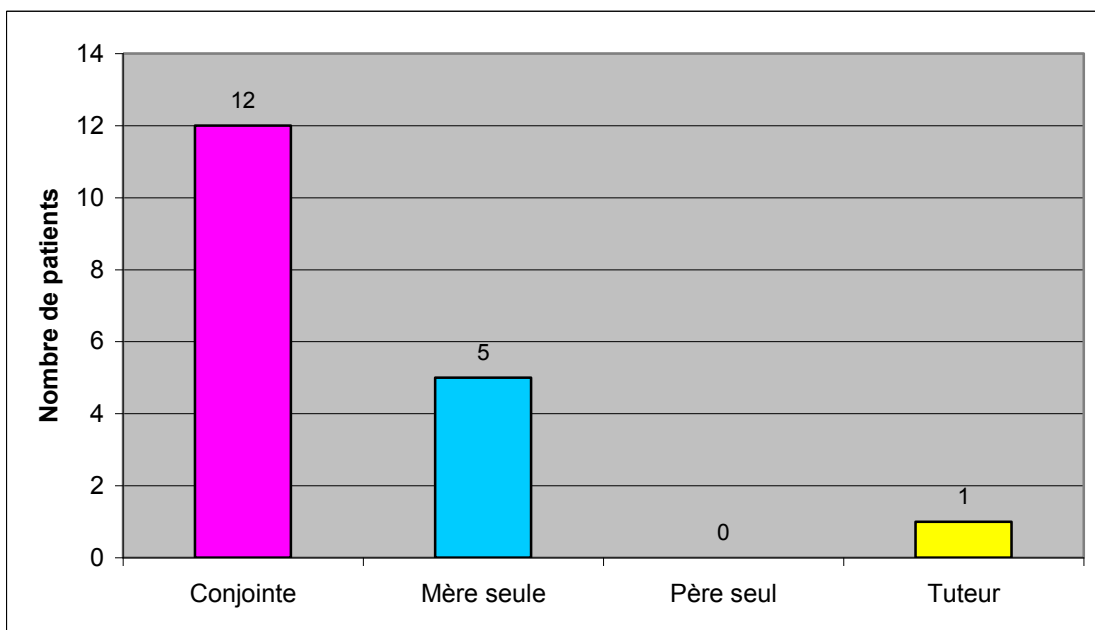


Figure 14: Autorité parentale

Pour les 2/3 des enfants l'autorité parentale est conjointe.

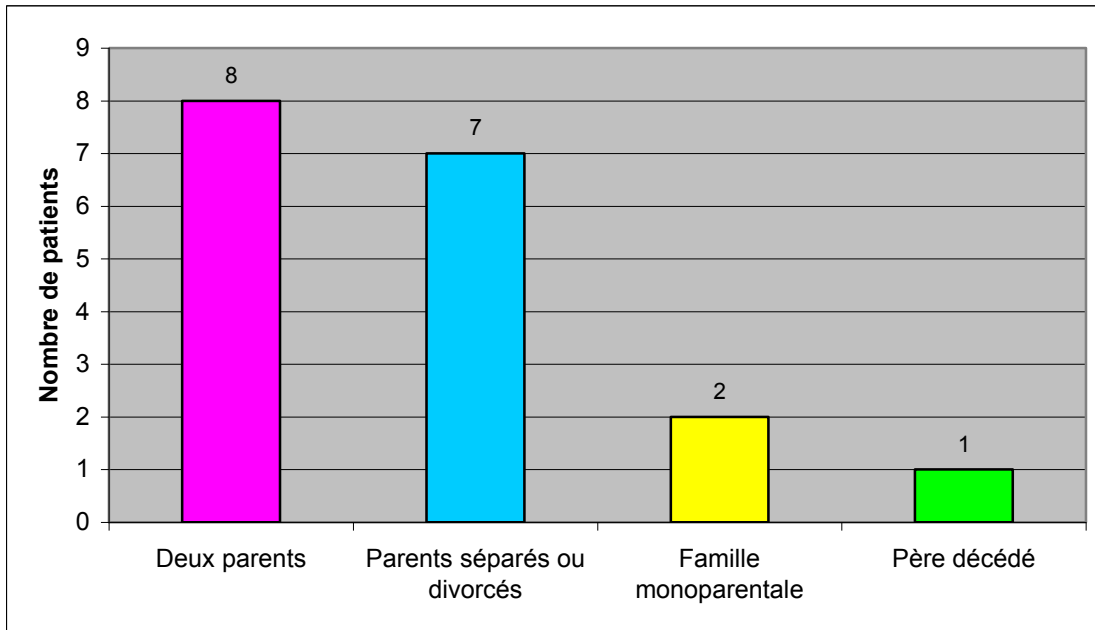


Figure 15: Composition de la famille

Huit des enfants ont leurs deux parents, sept ont des parents séparés, deux vivent dans des familles monoparentales et un a son père décédé.

3 1 5 Information sur la scolarité

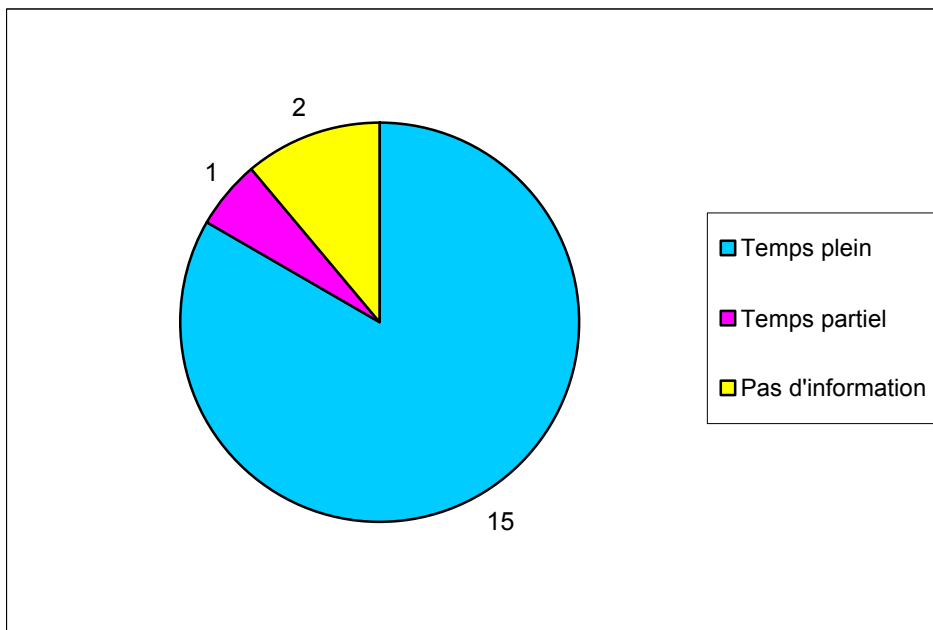


Figure 16: Temps de scolarité

Plus des $\frac{3}{4}$ des enfants ont une scolarité à temps plein.

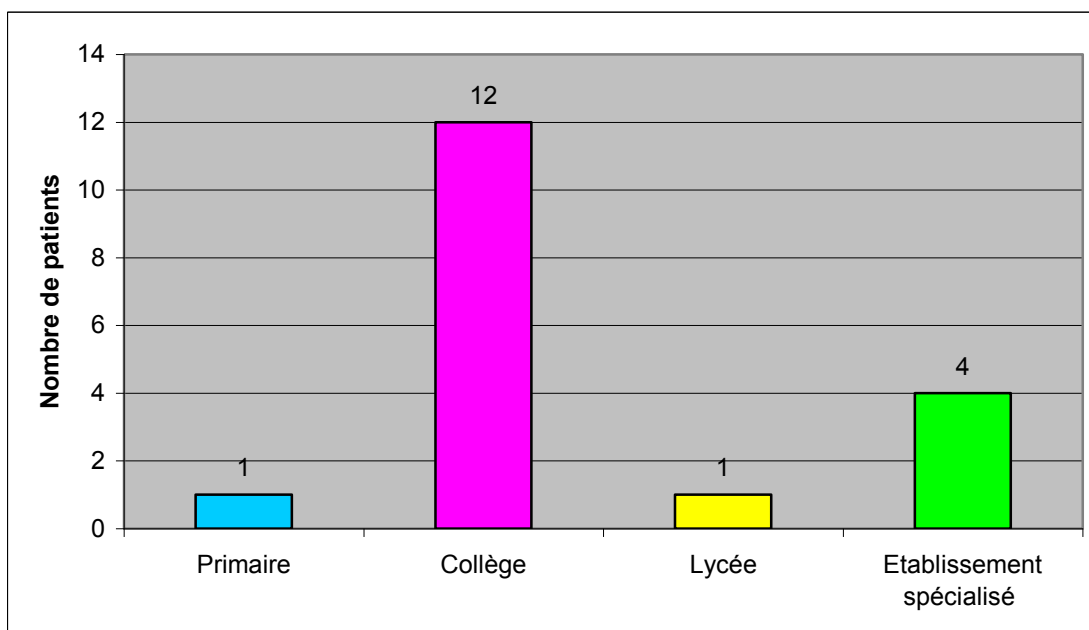


Figure 17: Niveau scolaire

Une scolarité dans des établissements classiques est effectuée par la majorité des enfants. L'orientation dans des établissements spécialisés, tel que des **Instituts Médicaux Educatifs (IME)** ou des **Instituts Educatifs Thérapeutiques et Pédagogiques (ITEP)**, ont souvent lieu à partir de la 4^{ème} ou 3^{ème}, en fin de collège.

Dans le cadre de notre étude, la majorité des enfants n'a pas encore atteint ce niveau scolaire, vu leur âge.

Malgré cela, la présence de quatre enfants sur 18 dans des établissements spécialisés est au-dessus de la moyenne qui est d'environ 1/100.

3 2 Information sur l'hospitalisation

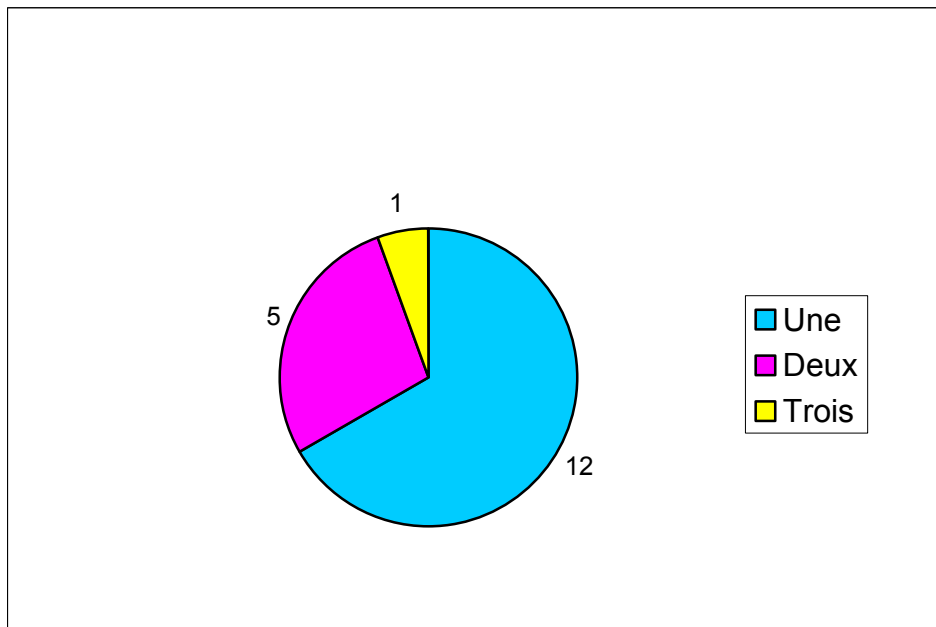


Figure 18: Nombre d'hospitalisations en 2006 par patient

Sur l'année 2006, les 2/3 des enfants n'ont été hospitalisés qu'une fois au SHIP.

Cela peut s'expliquer par différentes hypothèses :

- tout d'abord, les enfants vont mieux après l'hospitalisation ;
- ensuite, faute de place, certains ne reviennent pas vite (problème de priorité pour être hospitalisé), mais le lit d'urgence atténue cette hypothèse ;
- mais surtout, lors de la première hospitalisation, des projets de sortie incluant des solutions pour gérer d'autres crises, sans recourir à l'hospitalisation, sont mises en place.

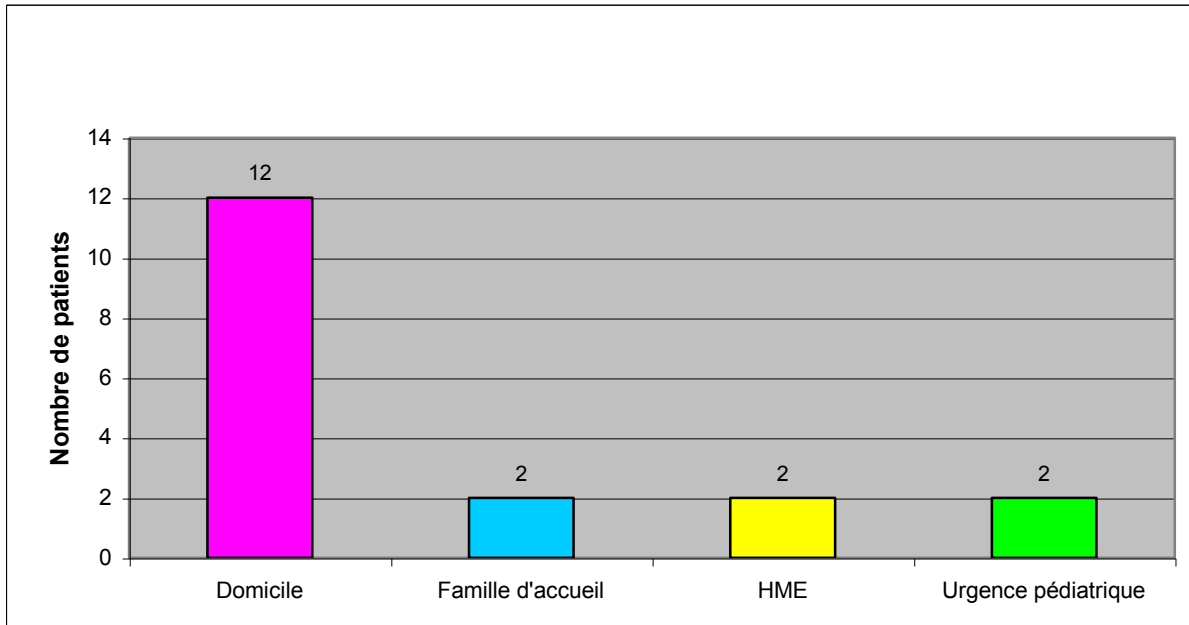


Figure 19: Provenance de leur dernière hospitalisation en 2006

Les 2/3 des enfants venaient de leur domicile lors de leur dernière hospitalisation.

Ce chiffre montre la difficulté des parents à gérer un adolescent en crise et le manque de recours à proposer aux familles.

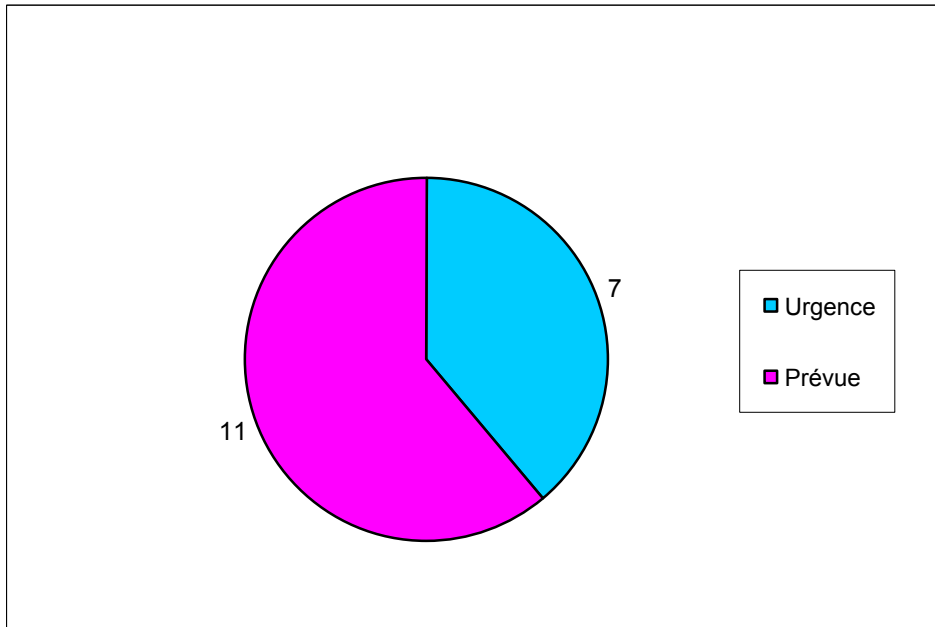


Figure 20: Mode d'entrée lors de la dernière hospitalisation de 2006

Le mode d'entrée d'1/3 des hospitalisations a eu lieu en urgence, sachant qu'une partie des autres peuvent être programmées rapidement, environ 24 à 48h à l'avance.

Seulement un lit fonctionne pour l'accueil d'urgence, mais le pourcentage d'accueil en urgence ne cesse d'augmenter depuis quelques années. Il est proche de 40 à 50% actuellement.

Cela s'explique par :

- le manque de moyens extérieurs de gestion des patients difficiles ;
- les secteurs pédopsychiatriques saturés ;
- et l'esprit actuel de la société qui veut « tout, tout de suite » et favorise « la loi du plus fort, avec l'enfant roi » ce qui envenime les troubles du comportement.

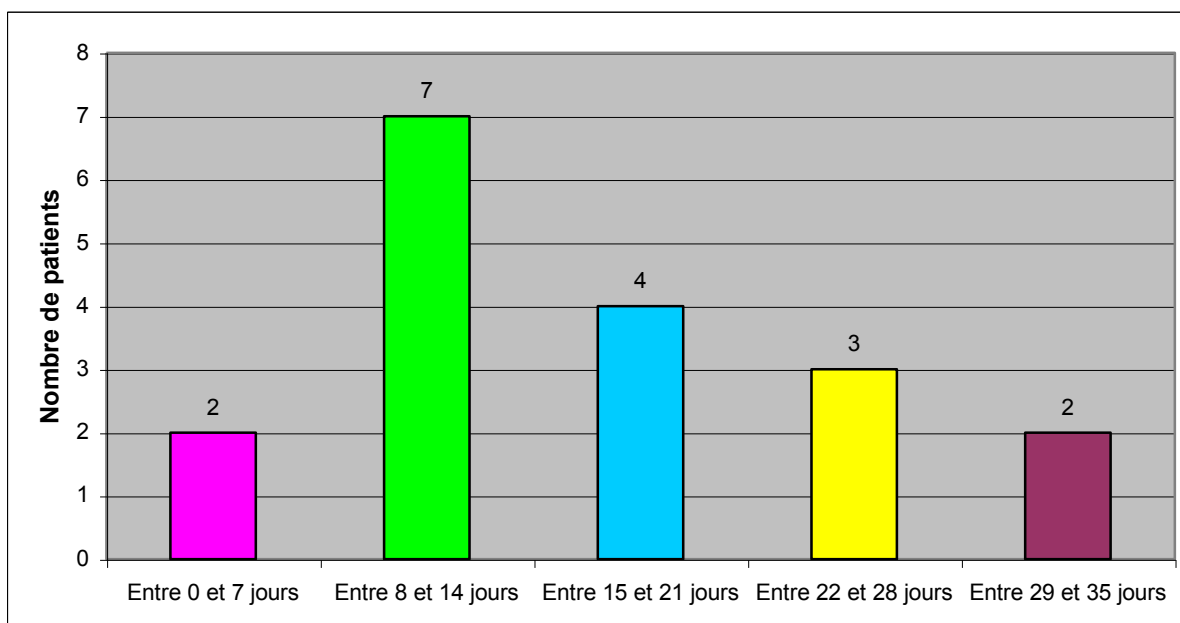


Figure 21: Durée moyenne des hospitalisations de 2006 des patients

La majorité des enfants est hospitalisée entre deux et trois semaines dans le service.

Cette durée correspond à la prise en charge d'un épisode de crise pour une grande partie des enfants.

Mais, il faut retenir que la durée des prises en charge, est au cas par cas, de quelques jours, jusqu'à plus de six mois, selon les besoins de l'enfant.

3 3 Information sur le traitement : rispéridone

3 3 1 Information sur la galénique utilisée

Les formes disponibles à l'Hôpital sont les comprimés sécables de 1mg, 2mg et 4mg, la solution buvable à 1mg/ml en flacon de 60ml et l'injectable retard en 25mg, 37,5mg et 50mg. Le comprimé orodispersible est disponible sur demande spécifique à la pharmacie, mais pas en stock usuel, pour l'instant.

Il n'a pas été possible de connaître la galénique utilisée pour chaque patient, mais la forme la plus largement dispensée dans le service est le comprimé (cf tableau II). Les soignants interrogent chaque patient à l'initiation du traitement pour le choix de la galénique.

Le fait que la solution buvable ne contienne pas de sucre, peut être un argument positif vis-à-vis des patients anorexiques.

3 3 2 Information sur la mise en place du traitement

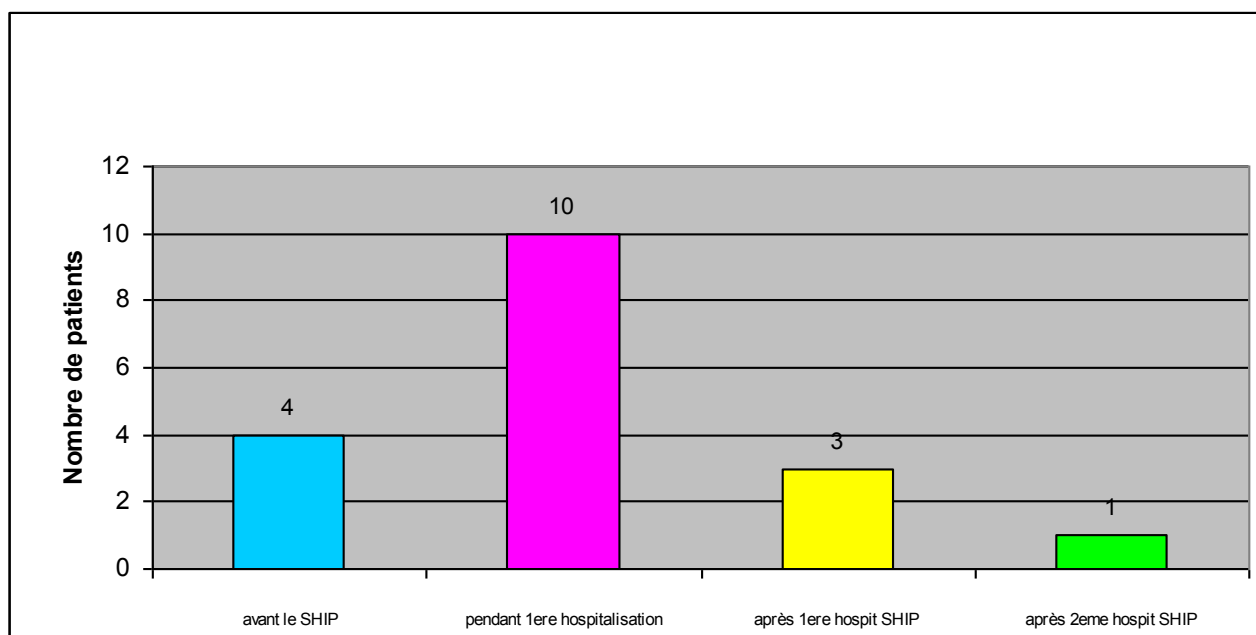


Figure 22: Période d'instauration du traitement médicamenteux

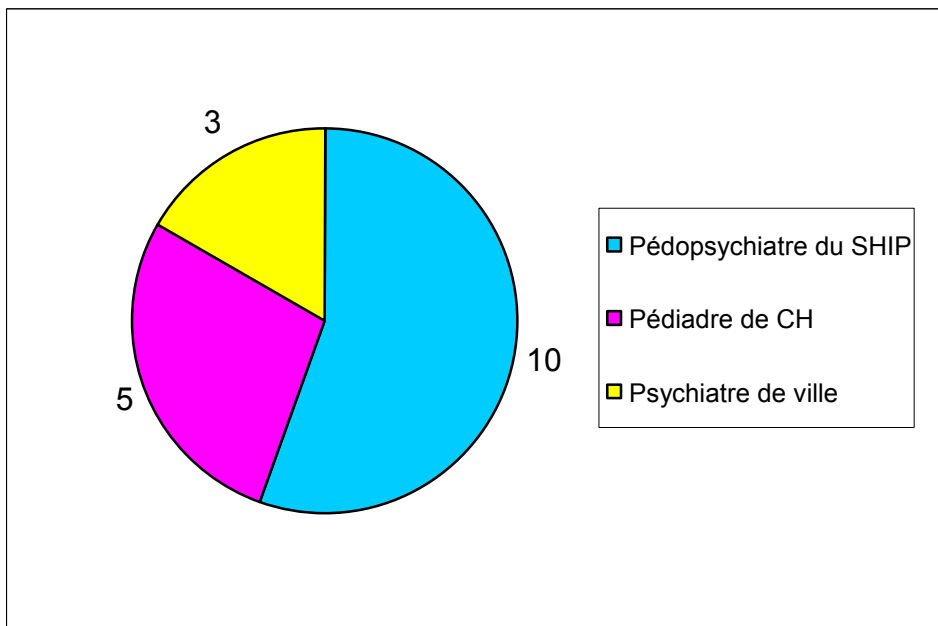


Figure 23: Prescripteur initial du traitement

Nous remarquons, suite aux figures 22 et 23, que les pédopsychiatres du SHIP initient le traitement par rispéridone lors de la première hospitalisation.

3 3 3 Information sur les posologies de la rispéridone

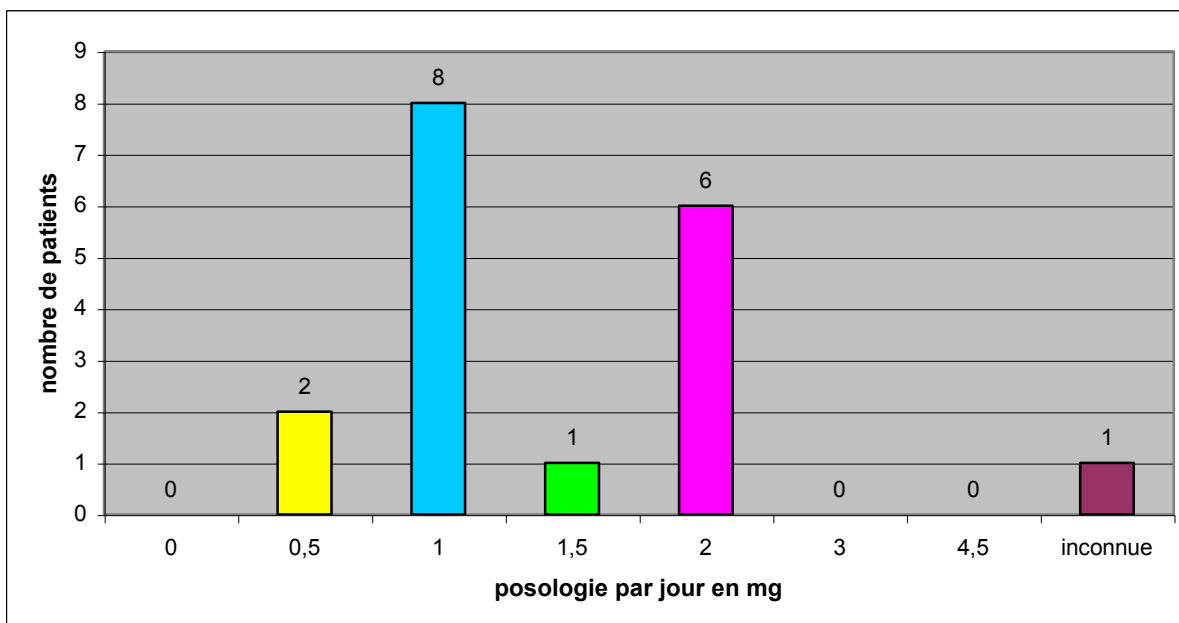


Figure 24: Posologie du Risperdal® à l'initiation du traitement

Nous remarquons que les posologies à l'initiation du traitement varient entre 0,5mg et 2mg. Les pédopsychiatres déterminent celle-ci en fonction du poids, de l'âge et de l'indication.

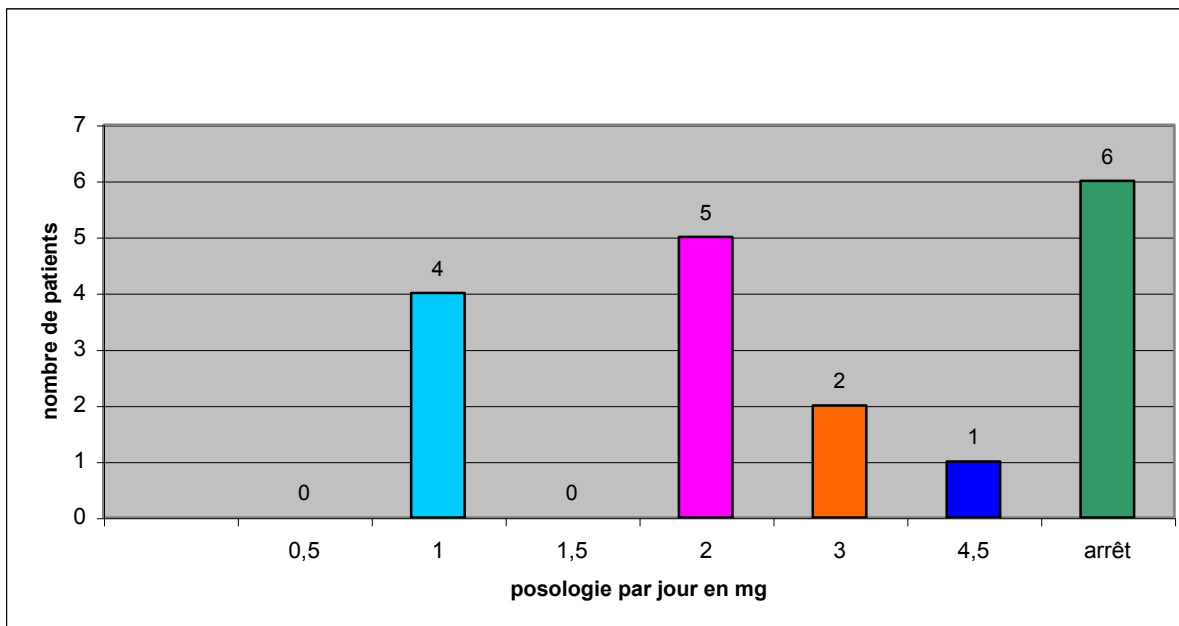


Figure 25: Posologie du Risperdal® en fin d'année 2006

En fin d'année 2006, les posologies administrées quotidiennement varient entre 1mg et 4,5mg. Nous constatons par ailleurs que six patients ont arrêté le traitement.

Les arrêts de traitement sont dus à une inefficacité, à un problème de tolérance ou à un changement de traitement suite à des résultats d'examens complémentaires.

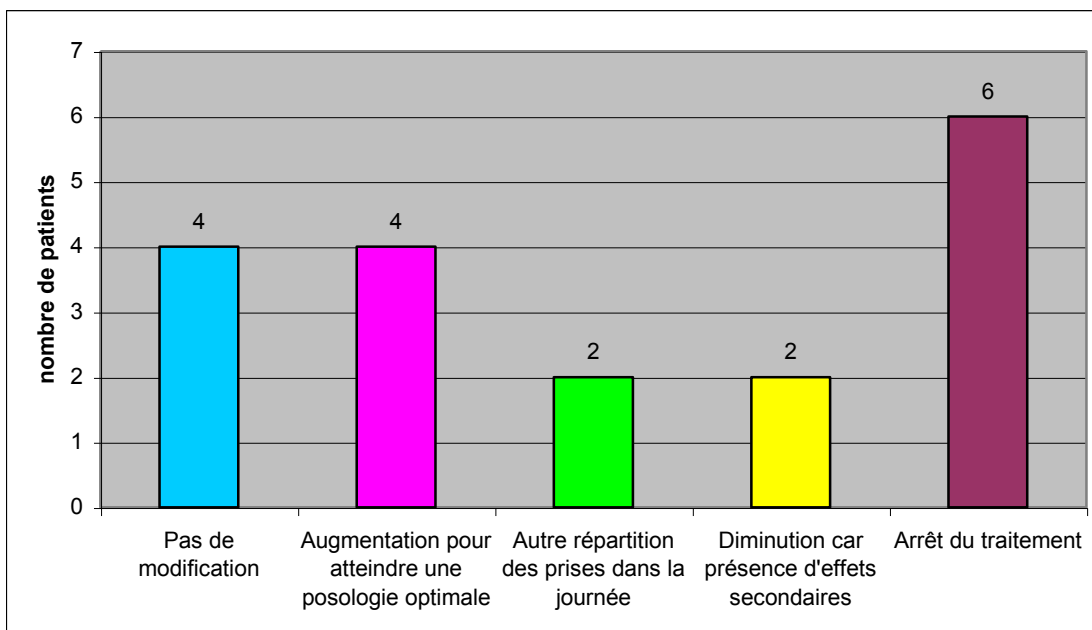


Figure 26: Evolution des traitements en 2006

Une meilleure répartition des prises dans la journée, permet chez certains patients d'atténuer les effets secondaires (prise le soir, si problème de somnolence) ou d'augmenter l'efficacité du traitement, en répartissant les prises tout au long de la journée.

Les effets secondaires entraînant une baisse de posologie seront présentés dans la figure 30.

3 3 4 Efficacité du traitement

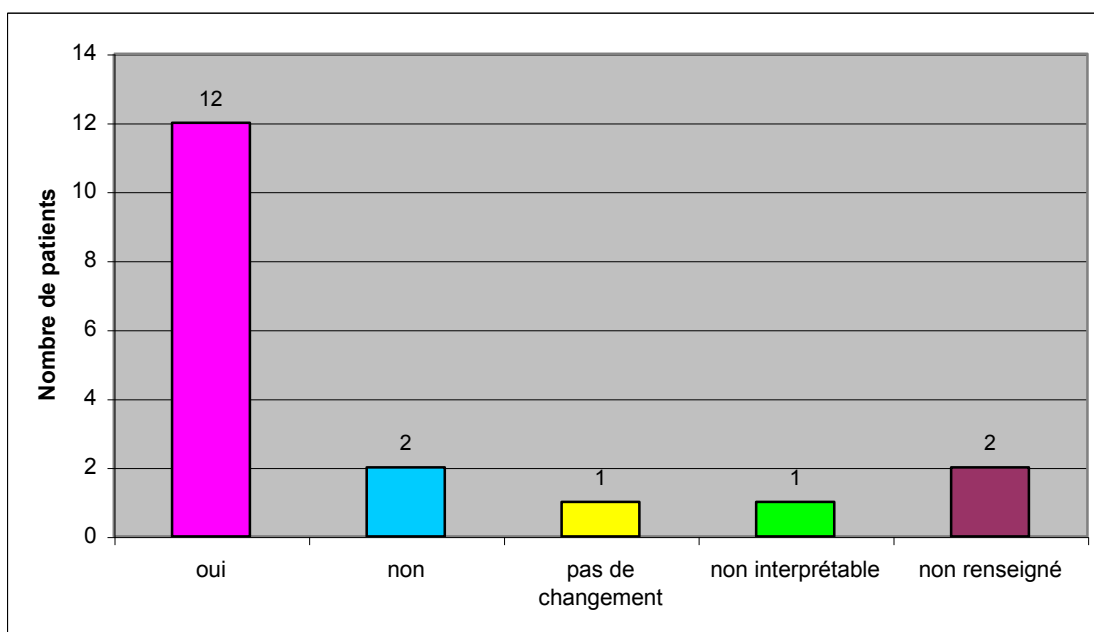


Figure 27: Efficacité du traitement

Ces observations de l'efficacité du traitement sont extraites du dossier patient et écrites par le pédopsychiatre, à chaque fois que le patient a pu être revu après instauration. Elle prend en compte l'efficacité à court terme, c'est-à-dire suite à la consultation de suivi, entre dix et quinze jours après initiation du traitement.

Cela ne certifie en rien, une efficacité à long terme du traitement.

Nous notons tout de même une efficacité présente chez 2/3 des patients, ce qui permettrait de conclure à une efficacité du traitement par la rispéridone, dans ces indications de crise.

3 3 5 Traitements associés à la rispéridone

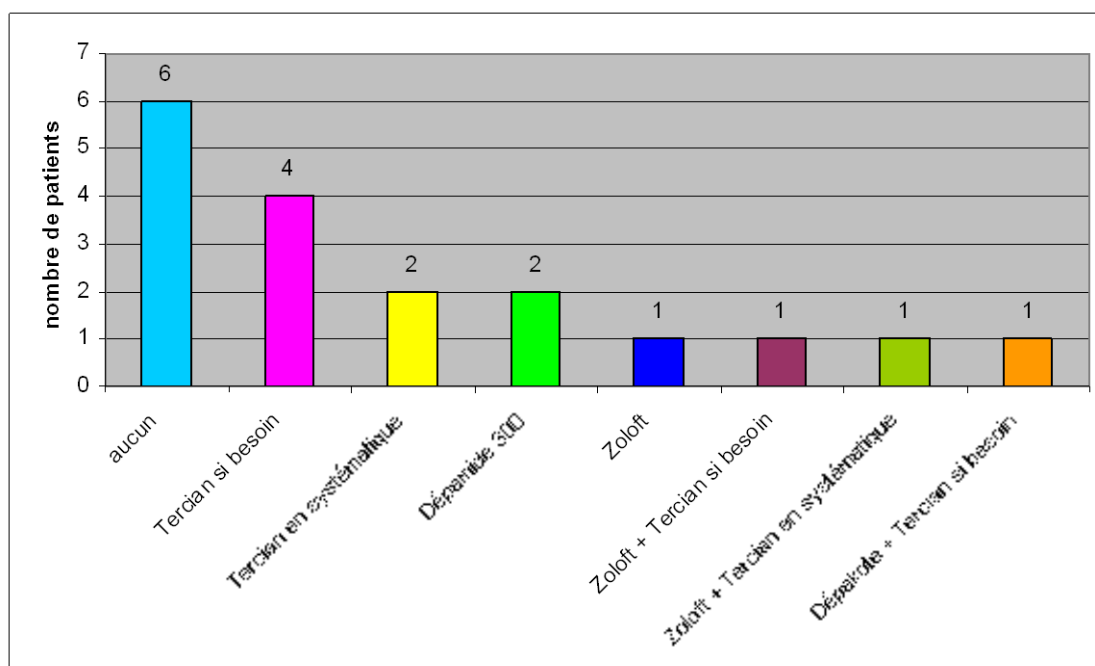


Figure 28: Traitements associés au Risperdal®

Après une étude détaillée des dossiers, nous avons remarqué que les patients ayant bénéficié des associations suivantes : rispéridone avec sertraline (Zoloft®), ainsi que rispéridone avec sertraline (Zoloft®) + cyamémazine (Tercian®) en systématique et rispéridone avec divalproate de sodium (Dépakote®) + cyamémazine (Tercian®) si besoin, font partie aussi des patients pour lesquels le traitement s'est avéré inefficace et a été interrompu. Ces cas, où la monothérapie ne s'est pas avérée efficace, montrent des situations plus difficiles à traiter sur le plan médicamenteux.

Dans le cas de l'association avec le valpromide (Dépakote® 300), une inefficacité à moyen terme (un mois après l'initiation) est décrite pour l'un des patients, et une intolérance aux neuroleptiques pour l'autre.

Seul un patient, ayant de la rispéridone (Risperdal®) avec du sertraline (Zoloft®) + cyamémazine (Tercian®) si besoin, nous présente un cas d'association qui a été jugé efficace par le pédopsychiatre.

L'association de cyamémazine (Tercian®) en systématique ou non, ne paraît pas interférer dans l'efficacité de la rispéridone, ni augmenter l'apparition d'effets secondaires. Cette association paraît incontournable pour les pédopsychiatres (au moins provisoirement, le temps d'obtenir une diminution des troubles de type : agressivité, agitation, impulsivité, angoisse massive) chez certains patients, malgré l'AMM de la rispéridone qui préconise une monothérapie.

3 3 6 Effets indésirables du traitement

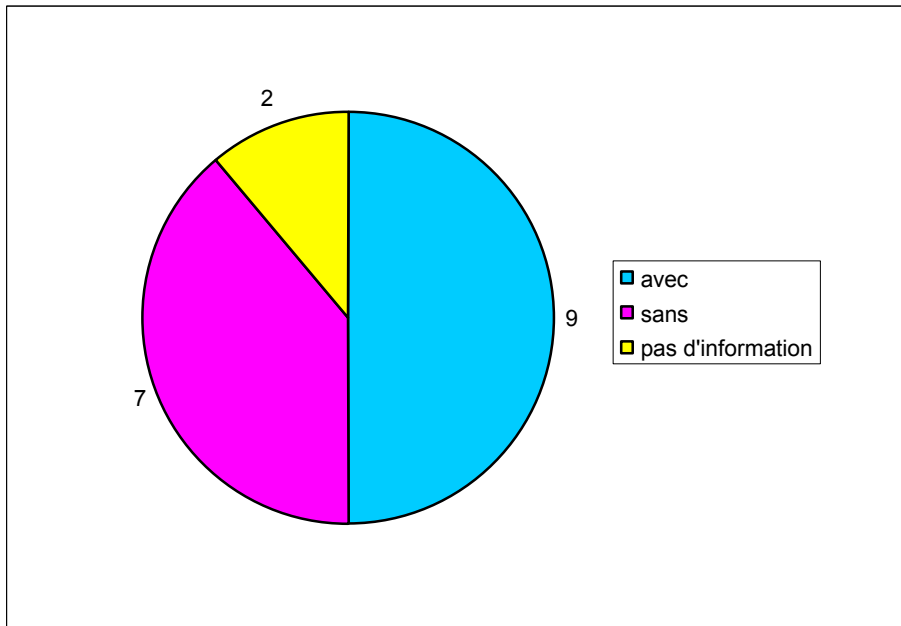


Figure 29: Nombre de patients présentant des effets indésirables

Nous remarquons que la moitié des patients a déclaré présenter des effets indésirables.

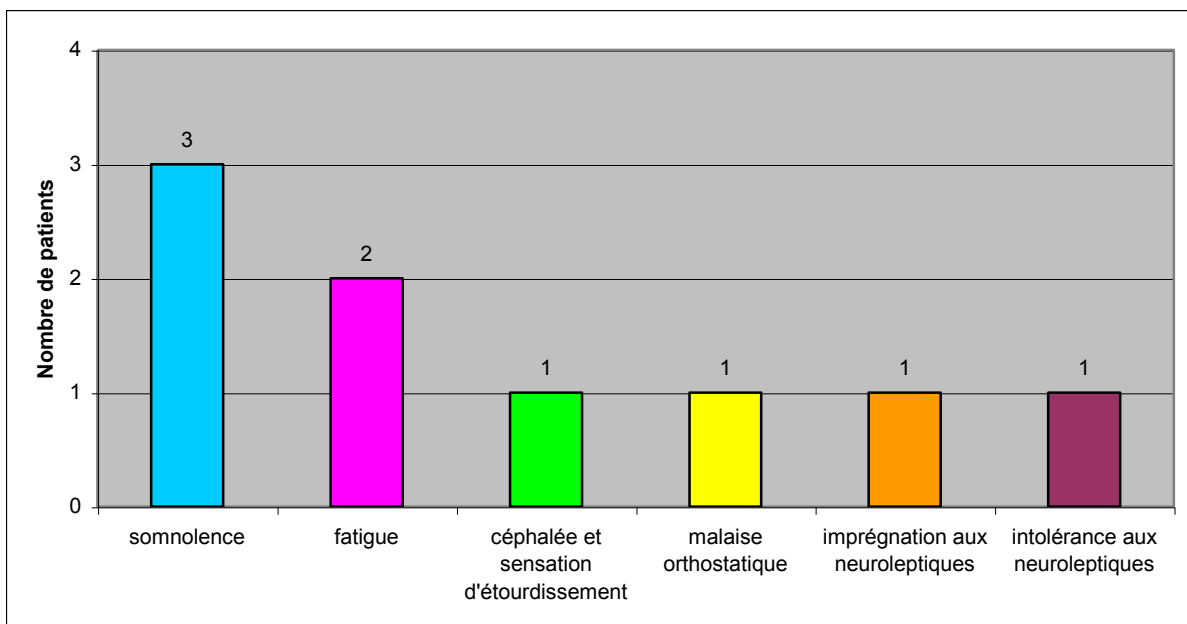


Figure 30: Type d'effets indésirables chez les patients

Suite à ces effets indésirables, seulement deux des patients ont eu un arrêt du traitement par rispéridone, l'intolérance aux neuroleptiques et un cas de somnolence qui était accompagné d'une inefficacité du traitement.

Dans les autres cas, soit l'effet indésirable n'était que temporaire ou a disparu suite à une meilleure répartition des prises dans la journée ou une baisse de la posologie.

4 Commentaire et discussion sur le traitement

4 1 Posologie

Les recommandations, présentes dans l'AMM, concernant les posologies d'initiation et les délais ne sont pas forcément respectées.

L'histogramme des posologies prises en fin 2006, permet d'avoir une photographie sur les traitements initiés pour 16 des 18 dossiers de cette même année :

- Nous remarquons une translation vers des posologies plus importantes pour quatre des patients afin d'obtenir un traitement optimal.
- Quatre autres patients n'ont eu aucune modification de posologie, mais il ne faut pas omettre le fait qu'ils peuvent avoir commencé leur traitement en fin d'année.
- Quatre patients ont vu leur traitement modifié, soit par une nouvelle répartition des prises dans la journée, soit par une diminution de la posologie quotidienne afin de faire disparaître des effets secondaires qui n'entraînent pas l'arrêt du traitement.
- Nous remarquons d'autre part qu'un tiers des patients ont vu leur traitement arrêté.

Différentes raisons peuvent motiver l'arrêt :

- Deux des patients n'ont vu aucune amélioration suite à l'initiation du traitement.
- Pour deux autres, les pédopsychiatres du SHIP ont voulu installer un autre traitement, car la rispéridone, prise auparavant, n'a pas empêché l'état de crise qui a entraîné l'hospitalisation au SHIP.
- Un patient, suite à des résultats complémentaires d'un bilan neurologique, a vu son traitement modifié.
- Et enfin, une intolérance aux neuroleptiques a aussi entraîné une interruption de la rispéridone chez un patient.

Mais nous pouvons remarquer que les doses journalières en posologie optimale respectent l'AMM, elles sont comprises entre 1 mg/j et 3 mg/j.

Un seul patient bénéficie d'une posologie supérieure à 4 mg/j mais est âgé de 15 ans en 2006 et est donc considéré comme adulte.

4 2 Âge

Nous constatons que l'absence d'AMM pour certains âges de patients, notamment entre 11 et 15 ans, pose un véritable problème pour les pédopsychiatres, qui sont obligés de réaliser des prescriptions hors AMM.

Dans notre analyse, nous constatons que :

- deux enfants sont âgés entre 5 et 11 ans ;
- et six entre 15 et 16 ans ; ils sont donc dans le cadre de l'AMM ;
- en revanche, dix enfants âgés entre 12 et 14 ans ont des traitements hors AMM.

4 3 Monothérapie

Nous remarquons que six patients suivent une monothérapie stricte, soit un tiers des enfants respectant scrupuleusement les critères de l'AMM.

Parmi eux, le traitement de cinq enfants s'est avéré efficace. Le sixième ne jouit pas des effets globaux espérés de la rispéridone, mais bénéficierait d'une diminution de dispersion psychique (d'un rassemblement plus facile de ses idées).

Ensuite, les associations avec la cyamémazine (Tercian®), en systématique ou non, sont présentes chez six autres patients. Pour quatre d'entre eux, le traitement est considéré comme efficace et les deux autres sont non renseignés.

En revanche, les polymédications ne semblent pas forcément la meilleure alternative thérapeutique en cas d'échec en monothérapie.

Chez nos patients étudiés, six bénéficient des associations rispéridone / valpromide (Dépamide 300®), ou rispéridone / sertraline (Zoloft®) ou bien encore rispéridone / divalproate de sodium (Dépakote®), en y ajoutant parfois de la cyamémazine (Tercian®).

Sur ces six patients seulement, un traitement s'est avéré efficace, chez celui présentant l'association rispéridone / sertraline (Zoloft®) / cyamémazine (Tercian®) si besoin.

Les autres traitements se sont révélés inefficaces, et une intolérance aux neuroleptiques est notifiée pour un des patients qui prenait la rispéridone associée au valpromide (Dépamide 300®).

4 4 Indications

Au final, afin de répondre à l'indication de ce traitement dans le respect du cadre strict de l'AMM, les enfants doivent présenter un retard mental ou un syndrome autistique.

Or dans les enfants pris en compte dans ce travail d'analyse des prescriptions 2006 au SHIP, nous n'en avons aucun qui corresponde à ces critères.

Les pathologies diagnostiquées, chez les patients ayant nécessité une prise de rispéridone en 2006 au SHIP sont :

- 5 pathologies limites
- 5 troubles psychotiques
- 3 dysharmonies psychotiques
- 2 troubles névrotiques sévères
- 1 trouble des conduites sévères non spécifié
- 1 état maniaque franc
- et une anorexie mentale atypique.

Mais tous présentent des troubles du comportement de type hétéroagressivité, automutilation, impulsivité majeure ou stéréotypies sévères, qui ont entraîné les pédopsychiatres à prescrire de la rispéridone.

L'observation des pédopsychiatres et des patients eux-mêmes, notifiés sur les dossiers cliniques, atteste des bons résultats thérapeutiques sous rispéridone. Citons en exemples, quelques remarques cliniques des praticiens :

- « Se sent plus calme »
- « Contribue à l'apaiser »
- « Disparition des troubles du comportement »
- « Diminution de l'excitation »
- « Permet de rassembler plus facilement ses idées »
- « Est plus stable psychologiquement »
- « Amélioration notable du contact »
- « Diminution de l'impulsivité et calme ses angoisses »
- « Plus calme, diminution des incohérences »
- « Disparition des hallucinations ».

4 5 Tolérance

La rispéridone présente une bonne tolérance, car peu d'effets indésirables graves et/ou persistants, entraînant l'arrêt du traitement, sont apparus en 2006 au SHIP.

Seul un patient a déclaré une intolérance aux neuroleptiques, ce qui a engendré l'arrêt immédiat du traitement (malaises vagues, vertiges, ralentissement général, rires immotivés).

Les effets indésirables relevés, tels les somnolences, de la fatigue, des céphalées et des malaises orthostatiques, sont effectivement décrits dans la littérature.

Ceux-ci n'entraînent pas l'arrêt du traitement, après une évaluation bénéfice/risque du pédopsychiatre.

La prise de poids, un effet indésirable de la rispéridone, n'est pas à sous-estimer. En effet, six de nos patients présentent un problème de surpoids. Malheureusement lors de cette étude, il n'a pas été possible de mettre en évidence une relation entre la prise de rispéridone et une surcharge pondérale potentielle des enfants, car les patients restent trop peu de temps dans le service.

Pour cela, il faudrait effectuer un suivi au long cours des enfants (sur plusieurs années).

Mais les pédopsychiatres sont, en effet, de plus en plus confrontés à ce nouveau problème de société qu'est la surcharge pondérale infantile, et la prise en compte de ce dernier paramètre ne facilite en rien l'administration de rispéridone chez ces patients.

Ce surpoids :

- accentue le malaise par rapport à eux-mêmes ;
- accentue les difficultés relationnelles de ces enfants avec les autres ;
- d'autre part, augmente la difficulté à les contenir ;
- et diminue l'efficacité des traitements à moyen terme, dû à la fixation des principes actifs sur les tissus graisseux.

Conclusion

Conclusion

Cette étude nous a permis d'explorer la complexité de la prise en charge en pédopsychiatrie, en prenant l'exemple du SHIP, et notamment de mettre en exergue l'importance de la prise en charge non médicamenteuse et de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, travaillant en étroite collaboration avec les pédopsychiatres.

Cette expérience me paraît très enrichissante dans le cadre de mon futur exercice professionnel officinal.

D'une part, elle m'a permis de prendre conscience de l'importance de cette prise en charge non médicamenteuse et de découvrir la clinique pédopsychiatrique dans sa globalité.

D'autre part, elle m'a éclairé sur la nécessité des prescriptions de psychotrope chez des jeunes enfants, malgré les préjugés persistant dans notre société actuelle.

Concernant la prise en charge médicamenteuse, les pédopsychiatres se trouvent souvent dans des situations cliniques, qui les obligent à prescrire hors AMM, faute d'études permettant de meilleures indications. Cela s'explique par le fait que le nombre de patients soit réduit, il est donc peu intéressant pour l'industrie pharmaceutique d'investir dans des études coûteuses dont les bénéfices post AMM seront réduits.

La rispéridone en est un bon exemple, car son AMM dans l'indication des troubles du comportement est limité :

- aux enfants âgés entre 5 et 11 ans ;
- aux enfants atteints d'autisme ou de retard mental ;
- et enfin à une utilisation uniquement en monothérapie.

Toutes ces conditions restrictives, expliquent une forte proportion de prescriptions hors AMM, toutes symptomatiques.

Dans la majorité des dossiers étudiés, qu'il s'agisse de ceux de la littérature scientifique ou de ceux recueillis au SHIP, la rispéridone s'est avérée **efficace** et relativement **bien tolérée**.

Nous pouvons même remarquer qu'une injection de Risperdal consta®, réservé à l'adulte de plus de 15 ans, a été réalisée en 2006 dans le service du SHIP (tableau II).

Cette patiente âgée de 15 ans bénéficiait d'un traitement de rispéridone per os, d'observance mal suivie depuis un an, liée à son état limite gravissime (dangerosité pour elle-même et pour les autres, conduites à risque non contrôlables par les adultes, agressions, mises en danger sexuelles, fugues de son lieu de vie comme des services de soins).

L'efficacité remarquée, en cas de prise régulière durant plusieurs semaines consécutives, à contraint les pédopsychiatres à prescrire du Risperdal consta®.

Cette prescription s'avère efficace après quelques mois de recul. Le traitement lui a permis de reprendre une vie normale à l'extérieur ainsi qu'une formation.

Enfin, la question des conséquences cliniques et biologiques, suite à une utilisation à long terme de la rispéridone prescrite dès l'enfance, reste intacte. C'est pourquoi, un suivi rapproché s'impose pour ces patients dont les phases de développement et de maturation ne sont pas achevées.

Annexes

Liste des figures

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patients en fonction de leur sexe	22
Figure 2 : Répartition des patients en fonction de leur âge	23
Figure 3 : Nombre d'hospitalisations en 2006 par patient	24
Figure 4 : Temps d'hospitalisation en 2006 des patients	25
Figure 5 : Diagnostic de pré-admission des patients	26
Figure 6 : Diagnostic principal des patients	27
Figure 7 : Diagnostic longitudinal des patients	28
Figure 8: Formule chimique de la rispéridone [7].....	52
Figure 9 : Grille de recueil des données	76
Figure 10 : Répartition des patients en fonction de leur sexe	83
Figure 11 : Répartition des patients en fonction de leur âge	84
Figure 12 : Répartition des patients en fonction de leur IMC	85
Figure 13: Mode de vie	86
Figure 14: Autorité parentale	86
Figure 15: Composition de la famille.....	87
Figure 16: Temps de scolarité	87
Figure 17: Niveau scolaire	88
Figure 18: Nombre d'hospitalisations en 2006 par patient	89
Figure 19: Provenance de leur dernière hospitalisation en 2006.....	90
Figure 20: Mode d'entrée lors de la dernière hospitalisation de 2006	91
Figure 21: Durée moyenne des hospitalisations de 2006 des patients	92
Figure 22: Période d'instauration du traitement médicamenteux	93
Figure 23: Prescripteur initial du traitement	94
Figure 24: Posologie du Risperdal® à l'initiation du traitement	94
Figure 25: Posologie du Risperdal® en fin d'année 2006	95
Figure 26: Evolution des traitements en 2006.....	95
Figure 27: Efficacité du traitement.....	96
Figure 28: Traitements associés au Risperdal®	97
Figure 29: Nombre de patients présentant des effets indésirables	98
Figure 30: Type d'effets indésirables chez les patients.....	98

Liste des tableaux

Liste des tableaux

Tableau I: Consommation des médicaments symptomatiques en 2006.....	46
Tableau II: Consommation des médicaments psychotropes en 2006	47
Tableau III : Principales études contrôlées de l'efficacité antiagressive de la rispéridone dans le trouble des conduites	56
Tableau IV : Principales études en ouvert de l'efficacité antiagressive de la rispéridone dans le trouble des conduites	57
Tableau V : Les paramètres pharmacocinétiques.....	60
Tableau VI : Récapitulatif des posologies de la rispéridone chez l'enfant âgé de 5 à 11 ans..	69

Bibliographie

Bibliographie

[10] AMAN, M.G., et al., Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *Am J Psychiatry*, 2002. **159**(8): p. 1337-46.

[5] BROCHIER, T., [New antipsychotic agents]. *Rev Prat*, 1994. **44**(17): p. 2312-5.

[12] BUITELAAR JK et al., Open-label treatment with rispéridone of 26 psychiatrically-hospitalized children and adolescents with mixed mixed diagnoses and aggressive behavior. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000; **10**(1): p. 19-26.

[46] CAPEL M. M., COLBRIDGE M. G., et HENRY J. A., Overdose profiles of new antipsychotic agents. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2000. **3**(1): p. 51-54.

[24] CASAER, Pharmacokinetics and safety of risperidone in autistic children. *Pediatr neurol*, 1994. **11**: p. 89.

[47] CATALANO, G., et al., Atypical antipsychotic overdose in the pediatric population. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2001. **11**(4): p. 425-34.

[27] COZZA S. J. et EDISON D. L, Risperidone in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994. **33**(8): p. 1211.

[51] CFTMEA 2000. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. 4^{ me} version.

[31] DEMB, H. B., Risperidone in young children with pervasive developmental disorders and other developmental disabilities. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1996. **6**(1): p. 79-80.

[28] DEMB, H. B., Risperidone in young children with pervasive developmental disorders and other developmental disabilities taking risperidone. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999. **38**(1): p. 5-6.

Bibliographie / Suite 1

- [40] ENGELHARDT D. M., POLIZOS P., et WAIZER J., CNS consequences of psychotropic drug withdrawal in autistic children: a follow-up report. *Psychopharmacol Bull*, 1975. **11**(1): p. 6-7.
- [42] FERNEY, D., Risperidone and tardive dyskinesia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. **35**: p. 1421-1422.
- [43] FINDLING R.L., MAXWELL K., et WIZNITZER M., An open clinical trial of risperidone monotherapy in young children with autistic disorder. *Psychopharmacol Bull*, 1997. **33**(1): p. 155-9.
- [11] FINDLING, R.L., et al., Long-term, open-label study of risperidone in children with severe disruptive behaviors and below-average IQ. *Am J Psychiatry*, 2004. **161**(4): p. 677-84.
- [39] GAGLIANO, A., et al., Risperidone treatment of children with autistic disorder : effectiveness, tolerability, and pharmacokinetic implications. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2004. **14**(1): p. 39-47.
- [16] GARNIER M., DELAMARE V., et al., *Dictionnaire des termes de médecine*. 26^e ed. Maloine, 2000.
- [44] GRCEVICH, S. J., et al., Risperidone in the treatment of children and adolescents with schizophrenia: a retrospective study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1996. **6**(4): p. 251-7.
- [30] GUALTIERI, C. T., et al., Tardive dyskinesia in young mentally retarded individuals. *Arch Gen Psychiatry*, 1986. **43**(4): p. 335-40.
- [34] HARDAN, A., et al., Case study: risperidone treatment of children and adolescents with developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. **35**(11): p. 1551-6.
- [17] HEYKANTS, J., et al., The pharmacokinetics of risperidone in humans: a summary. *J Clin Psychiatry*, 1994. **55 Suppl** : p. 13-7.
- [25] JANSSEN-CILAG, Monographie du Risperdal.

Bibliographie / Suite 2

- [4] JEFFERSON A.M., MARKOWITZ J.S., et BREWERTON T.D., Atypical antipsychotics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998. **37**(12): p. 1243-4.
- [3] JOLY. F., le travail du jouer. Abrégé de psychomotricité. Masson.
- [36] KELLY, D., Weight gain in adolescents treated with risperidone and conventional antipsychotics over six month. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1998. **8**(39): p. 33-44.
- [41] KWON, H., Tardive dyskinesia in an autistic patient treated with risperidone. *Am J Psychiatry*, 2004. **161**(4): p. 757-8.
- [33] LOMBROSO, P. J., et al., Risperidone treatment of children and adolescents with chronic tic disorders: a preliminary report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995. **34**(9): p. 1147-52.
- [29] MANDOKI, Risperidone treatment of children and adolescents: increased risks of extrapyramidal side effects? *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1995. **5**: p. 49-67.
- [18] MANNENS, G., et al., Absorption, metabolism, and excretion of risperidone in humans. *Drug Metab Dispos*, 1993. **21**(6): p. 1134-41.
- [20] MANNENS, G., et al., Plasma protein binding of risperidone and its distribution in blood. *Psychopharmacology (Berl)*, 1994. **114**(4): p. 566-72.
- [19] MARKOWITZ, J. S., BROWN C. S., et MOORE T.R., Atypical antipsychotics. Part I: Pharmacology, pharmacokinetics, and efficacy. *Ann Pharmacother*, 1999. **33**(1): p. 73-85.
- [38] MARTIN, A., et al., Weight and leptin changes among risperidone-treated youths with autism : 6-month prospective data. *Am J Psychiatry*, 2004. **161**(6): p.1125-7.
- [37] MARTIN, A., Risperidone-associated weight gain in children and adolescents: a retrospective chart review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2000. **10**(4): p. 259-268.

Bibliographie / Suite 3

[13] MCCRACKEN, J. T., et al., Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med*, 2002. **347**(5): p. 314-21.

[35] MCDOUGLE, C. J., et al., Risperidone treatment of children and adolescents with pervasive developmental disorders: a prospective open-label study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. **36**(5): p. 685-93.

[32] MUKADDES N.M., ABALI O., et GURKAN K., Short-term efficacy and safety of risperidone in young children with autistic disorder (AD). *World J Biol Psychiatry*, 2004. **5**(4): p. 211-4.

[1] PULL C. B., CIM-10, dixième révision, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Masson, 1993. p.5.

[8] Risperdal comprimé 1mg, 2mg, 4mg. Vidal 2007 Médicaments, 2007.

[45] Risperdaloro. Vidal 2007 Médicaments, 2007.

[6] Risperidone. *Drugs*, 1993. **46**: p.585-593.

[49] ROSENBERG, D. R., Textbook of pharmacotherapy for child and adolescent psychiatric disorders. 1994.

[23] SENON, Les neuroleptiques. *L'encéphale*, 1990. **XVI** :p. 99-109.

[14] SHEA, S., et al., Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*, 2004. **114**(5): p. e634-41.

[50] STEINGARD, R., Neuroleptic malignant syndrome: review of experience with children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 1992. **2**: p. 183-198.

[2] Tribolet, S., Vocabulaire de santé mentale, 2006.

Bibliographie / Suite 4

[21] VAN BEIJSTERVELDT, L. E., et al., Regional brain distribution of risperidone and its active metabolite 9-hydroxy-risperidone in the rat. *Psychopharmacology (Berl)*, 1994. **114**(1): p. 53-62.

[9] VAN BELLINGHEN M., DE TROCH C, Risperidone in the treatment of behavioral disturbances in children and adolescents with borderline intellectual functioning: a double-blind, placebo-controlled pilot trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2001. **11**(1): p. 5-13.

[26] VANTALON, Médicaments pschotropes chez l'enfant: règles de prescription et tolerance. *Encycl Med Chir*, 2001. **Psychiatry/Pedopsychiatry (37-218-A-30)**: p. 15 p.

[22] WANG, J. S., et al., The brain entry of risperidone and 9-hydroxyrisperidone is greatly limited by P-glycoprotein. *Int J Neuropsychol*, 2004. **7**(4): p. 415-9.

Références internet

Références internet

[7] <http://www.medicalook.com/reviews/Risperdal.html> , consulté le 07/01/08

[15] http://ist.inserm.fr/basisrapports/trouble_conduites/chap16.pdf , consulté le 07/01/08

[52] <http://tanguy.metawiki.com/DOC/adolescent.doc> , consulté le 07/01/08

Table des matières

Table des matières

Liste des abréviations	5
Introduction	8
1 ^{ère} Partie :	9
Présentation du SHIP	9
1 Description	10
1 1 SHIP	10
1 2 L'équipe	11
1 2 1 Deux pédopsychiatres	11
1 2 2 Un interne	11
1 2 3 Une pédiatre	11
1 2 4 Une psychologue	11
1 2 5 Une assistante sociale	11
1 2 6 Une psychomotricienne	12
1 2 7 Une orthophoniste	12
1 2 8 Deux enseignants	12
1 2 9 Un cadre de santé	13
1 2 10 Dix-sept infirmiers à temps plein	13
1 2 11 Une infirmière de liaison	13
1 2 12 Des agents de service hospitalier (ASH)	14
1 2 13 Une secrétaire	15
1 2 14 Le planning hebdomadaire	15
1 2 15 Particularité	16
1 3 Structure	16
2 Déroulement de l'hospitalisation	17
2 1 Modes d'admission	17
2 2 Indications	18
2 3 Objectifs	18
2 4 Durée des séjours	19
2 5 Contexte et règles de vie au sein de l'unité	20
2 5 1 Fonctionnement	20
a. Les horaires	20
b. Les contacts extérieurs	20
2 5 2 Vie sociale	21
a. La vie quotidienne	21
b. Les interdits	21
c. Le tabac	21
d. La gestion du temps libre	21
3 Observation de l'année 2006	22

2 ^{ème} Partie :	29
Prise en charge en pédopsychiatrie	29
1 Soins non médicamenteux	30
1 1 Individuels	30
1 1 1 Séances thérapeutiques avec chaque membre de l'équipe	30
a. Pédopsychiatre	30
b. Pédiatre	31
c. Psychologue	32
d. Psychomotricienne	33
e. Orthophoniste	35
f. Assistante sociale	36
g. Infirmier	37
1 1 2 Photoexpression individuelle	37
1 1 3 Prise en charge scolaire	38
1 1 4 Activités extérieures	39
1 2 Groupes	39
1 2 1 Groupe de photoexpression	39
1 2 2 Piscine	40
1 2 3 Atelier terre	40
1 2 4 Atelier créatif infirmier	41
1 2 5 Atelier cuisine	41
1 2 6 Atelier psychomotricité	42
1 2 7 Atelier écriture	43
1 2 8 Activités extérieures	43
1 2 9 Réunion de fonctionnement des enfants	44
1 2 10 Prise en charge scolaire	44
1 3 Familiaux	45
1 3 1 Entretiens familiaux	45
1 3 2 Thérapie familiale systémique	45
2 Traitements médicamenteux	46
2 1 Consommation des médicaments symptomatiques en 2006	46
2 2 Consommation des médicaments psychotropes en 2006	47

3 ^{ème} Partie :	51
Présentation de la rispéridone (Risperdal®)	51
1 Présentation de la molécule	52
1 1 Structure	52
1 2 Indications	52
1 2 1 L'AMM en pédopsychiatrie	53
1 2 2 Présentation des études	53
a. Chez les enfants présentant un retard mental	53
b. Chez les enfants présentant un syndrome autistique	55
c. Chez des enfants présentant des troubles des conduites [15]	56
2 Pharmacodynamie	57
3 Pharmacocinétique	58
3 1 Absorption	58
3 2 Distribution	58
3 3 Métabolisation	59
3 4 Elimination	59
3 5 Particularités chez l'enfant	59
4 Interactions médicamenteuses	60
4 1 Déconseillées	60
4 1 1 L'alcool	60
4 1 2 Lévodopa (Modopar®, Sinemet®)	60
4 1 3 Les agonistes dopaminergiques	61
4 2 Précautions d'emploi	61
4 2 1 La carbamazépine (Tégréto®)	61
4 3 A prendre en compte	61
4 3 1 Les antihypertenseurs	61
4 3 2 Fluoxétine (Prozac®) et paroxétine (Déroxat®)	61
4 3 3 Les autres dépresseurs du système nerveux central	62
5 Effets indésirables	62
5 1 Généraux	62
5 2 Plus fréquents chez l'enfant	63
5 2 1 La somnolence	63
5 2 2 Les prises de poids	64
5 2 3 Les troubles endocriniens	64
5 2 4 Les effets extrapyramidaux	64
5 2 5 les autres manifestations	65
5 2 6 Les syndromes d'arrêt	65
6 Contre-indications	66
7 Surdosage	66
8 Galénique	67
9 Modalités de prescription et suivi chez l'enfant	68

4 ^{ème} Partie :	71
Analyse des dossiers d'enfants hospitalisés en 2006 au SHIP présentant un trouble du comportement induisant une prescription de rispéridone.....	71
1 La méthodologie.....	72
1 1 Modalités de choix des dossiers	72
1 2 Présentation de la grille des critères	73
2 Classification des pathologies rencontrées.....	77
2 1 Autisme et troubles psychotiques.....	77
2 2 Troubles névrotiques	78
2 3 Pathologies limites, troubles de la personnalité	79
2 4 Troubles réactionnels	79
2 5 Déficiences mentales.....	80
2 6 Troubles spécifiques du développement et des fonctions instrumentales.....	81
2 7 Troubles des conduites et des comportements	81
2 8 Troubles à expression somatique	82
2 9 Variation de la normale	82
3 Résultats	83
3 1 Information sur les patients	83
3 1 1 Information sur le sexe	83
3 1 2 Information sur l'âge	84
3 1 3 Information sur l'IMC	84
3 1 4 Information sur la situation des familles	86
3 1 5 Information sur la scolarité	87
3 2 Information sur l'hospitalisation	89
3 3 Information sur le traitement : rispéridone.....	93
3 3 1 Information sur la galénique utilisée	93
3 3 2 Information sur la mise en place du traitement	93
3 3 3 Information sur les posologies de la rispéridone.....	94
3 3 4 Efficacité du traitement	96
3 3 5 Traitements associés à la rispéridone	97
3 3 6 Effets indésirables du traitement	98
4 Commentaire et discussion sur le traitement.....	99
4 1 Posologie	99
4 2 Âge	100
4 3 Monothérapie	100
4 4 Indications	101
4 5 Tolérance.....	102
Conclusion.....	104
Annexes	106
Liste des figures	108
Liste des tableaux	110
Bibliographie.....	112
Références internet.....	118
Table des matières	120

Nom – Prénom : HARDY Chloé

Titre de la thèse :

Prise en charge pédopsychiatrique des troubles du comportement chez l'enfant au sein du SHIP à Nantes et analyse de dossiers patients en 2006, bénéficiant d'une prescription de rispéridone

Résumé de la thèse :

La prévalence des troubles du comportement chez l'enfant connaît une forte augmentation ces dernières années

La prise en charge, souvent complexe, de ces crises dans le cadre d'une hospitalisation à temps plein, nécessite d'une part, la mise en place d'une thérapie non médicamenteuse orchestrée par une équipe pluridisciplinaire dont le rôle demeure primordial (pédopsychiatre, psychologue, psychomotricienne, orthophoniste, infirmier, assistante sociale), et d'autre part, l'instauration d'un traitement médicamenteux.

Dans ce contexte particulier, les pédopsychiatres sont régulièrement dans l'obligation de prescrire des neuroleptiques hors des indications d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché).

Ainsi, nous avons étudié la prescription de rispéridone chez les enfants hospitalisés pour la première fois au SHIP (Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie) pendant l'année 2006, la rispéridone étant l'antipsychotique le plus souvent administré au sein du service, et possédant une AMM dont les critères d'inclusion sont très ciblés.

Les résultats de cette étude nous ont effectivement confirmé une forte proportion de prescription hors AMM de la rispéridone. L'administration de cet antipsychotique s'est avérée efficace et relativement bien tolérée dans les indications symptomatiques au sein du SHIP.

Cette étude permet de mettre en exergue des situations cliniques qui incitent le pédopsychiatre à continuer de prescrire hors AMM la rispéridone.

MOTS CLES : TROUBLE DU COMPORTEMENT – RISPERIDONE – PEDOPSYCHIATRIE – HORS AMM

JURY

Président : M. Jean-Yves PETIT
Professeur de pharmacologie et Pharmacocinétique Université de Nantes

Membres du Jury : Mme Brigitte MAULAZ-PRUD'HOMME
Pharmacien chef de service, Hôpital Saint-Jacques CHU de Nantes
Mme le Dr Carole GETIN
Pédopsychiatre, Praticien Hospitalier du SHIP à Nantes

Adresse de l'auteur :
13 rue Paul Pousset, 49000 Angers