



Le docteur Elie Hantouche est psychiatre spécialisé depuis plus de vingt ans dans les troubles bipolaires et les troubles obsessionnels et compulsifs.



Vous êtes un de nos plus grands spécialistes de la cyclothymie. Qu'est-ce qui vous a amené à vous pencher sur les enfants ?

Elie Hantouche : Quand vous êtes expert des TOC et des troubles bipolaires, deux maladies qui commencent tôt dans la vie et sont à déterminisme génétique assez fort, il est naturel de se pencher soit sur l'enfance des patients adultes soit sur les enfants de mes patients adultes. Pour ces raisons, j'ai été amené à donner mon avis sur les jeunes. De plus, il y a un élément déterminant : c'est l'observation que j'ai faite sur les enfants souffrant de TOC. En effet, un grand pourcentage de ces jeunes présentait une cyclothymie qui était sous-jacente aux obsessions et compulsions et qu'il fallait traiter en premier. C'était un facteur supplémentaire qui m'a fait pencher sur la cyclothymie juvénile

On dit que la cyclothymie c'est avant tout un tempérament, une constitution naturelle. Pourquoi la soigner ?

E. H. : Je cite Gaston Deny, chef de service de psychiatrie à la Salpêtrière (Paris) qui a été le premier à exposer la Cyclothymie comme un déséquilibre de la sensibilité morale. Il disait en 1909 « À vrai dire, le mot de cyclothymie ne doit pas servir uniquement à désigner les formes frustes de la PMD... **Il s'agit d'une exagération d'une constitution psychique spéciale qui préexiste à l'apparition des troubles et survit à leur disparition...** Cette constitution cyclothymique est essentiellement caractérisée au point de vue clinique par des variations et des oscillations continuelles du ton affectif ou de l'humeur qui s'expriment par un sentiment général de bien-être ou de mal-être, lequel réagit et retentit, à son tour, sur tous les modes de l'activité psychique. ».

Cette constitution psycho-émotionnelle est désignée aujourd'hui par « Tempérament Cyclothymique ». C'est la partie « nature » de la Cyclothymie qui est à la base de notre conception actuelle de ce trouble. Donc, quand on parle de Cyclothymie, on pense à une double dimension :

1. dimension « nature » ou « tempérament » de base qui n'est pas pathologique ;

2. dimension « trouble » qui n'est que le grossissement du tempérament avec des conséquences négatives dans la vie du sujet (troubles relationnels, échecs, ruptures, dépressions, hypomanies, suicide, addictions, anxiétés, troubles alimentaires...). Entre ces deux dimensions, il n'y a pas de rupture mais un continuum qui fait que la frontière entre « normalité » et « trouble » n'est pas évidente.

Avancées de la recherche



RECHERCHES SUR LES PHASES PRODROMALES ET PRÉMORBIDES DE LA BIPOLARITÉ.

Deux articles du journal *L'Encéphale* commentent les recherches sur les prémices de la bipolarité : la phase prodromale, étape qui précède l'entrée de la maladie, concerne les enfants et la phase prémorbide, début de la maladie elle-même, concerne les adolescents et les jeunes adultes.

Les études de la phase prodromale montrent qu'une majorité de patients ont présenté des signes de cette phase. Toutefois, ces symptômes ne sont pas jugés suffisamment caractéristiques ni spécifiques de la bipolarité pour être utilisés comme dépistage. L'utilisation des symptômes limitrophes de la classification (NDLR : probablement la cyclothymie) n'a pas été probante, notamment dans la mise en oeuvre des traitements pharmacologiques.

Les études prémorbides ont montré que les troubles anxieux et du comportement chez l'enfant semblent être des précurseurs robustes du trouble bipolaire.

(L'Encéphale 2010, supplément 1, S3-S7 et supplément 1, S8-S12. Articles coécrits par les équipes du professeur Azorin, psychiatre responsable du pôle de recherche du CHU Sainte Marguerite à Marseille.)



LA DICHOTOMIE BIPOLAIRE, RECHERCHES DE L'EBF (EUROPEAN BIPOLAR FORUM)

La pratique clinique des experts de l'EBF démontre, au fur et à mesure de leurs recherches, que l'on peut envisager 2 bipolarités distinctes : l'une classique (BP1 et BP2 du DSMIV), l'autre regroupant les bipolarités atypiques sur un tempérament instable, c'est-à-dire la cyclothymie.

La cyclothymie se caractérise notamment, par une temporalité différente, une réactivité des changements d'humeur en fonction de l'événement, un début plus précoce, des réponses différentes aux traitements, notamment le lithium...

(« La dichotomie au sein même de la bipolarité : approche de l'EBF », Dr Hantouche. Publié le 26/09/2010 dans l'espace documentation du site www.ctah.eu)



Actuellement, la médecine préfère soigner symptôme par symptôme et attendre pour poser un diagnostic global sur un enfant en devenir. Vous avez opté pour l'inverse, pourquoi ?

E. H. : En effet, la médecine actuelle est plutôt orientée vers l'approche de Galien — à savoir que la maladie signifie que la « nature » est malade et qu'il convient de soigner les manifestations de la maladie. Ainsi, un patient bipolaire sera soigné pour ses dépressions (antidépresseurs), ses (hypo)manies (neuroleptiques), ses anxiétés (anxiolytiques), son sommeil (somnifères) et en dernier par des thymorégulateurs (quand le diagnostic est porté, souvent avec des années de retard).

De mon côté, pour soigner la cyclothymie, j'ai opté pour une approche plutôt hippocratique qui nous apprend que la nature n'est pas malade (comme le pense Galien) mais elle guérit et que le rôle du médecin est de faciliter la tâche de la nature. Dans cette logique, mon rôle est en premier de repérer la Cyclothymie, respecter la partie « nature » et surtout renforcer les processus naturels de guérison (faire réduire au maximum la partie « trouble »).

Ce qui se traduit en pratique par deux principes fondamentaux :

1. Traiter la maladie et non les symptômes : Quand on connaît bien la cyclothymie, on comprend que de nombreux signes et symptômes doivent être rassemblés dans un seul cadre spécifique. Donc pas besoin de prescrire à l'aveugle plein de psychotropes pour traiter la dépression, le TOC, la boulimie, les achats compulsifs, l'abus d'alcool, les crises de colère... Selon l'approche hippocratique, on cible en premier ce qui est essentiel, à savoir la cyclicité (réurrence) et la circularité (liens intimes entre les hauts et les bas), donc recours à un traitement spécifique censé atténuer les dérèglements thymiques et protéger la personne au long cours contre les rechutes.

2. Les médicaments sont coupables jusqu'à preuve du contraire : cela signifie que tout traitement doit être orienté vers les « bénéfiques » (donc s'assurer avant tout des preuves de leur efficacité) et non de la tolérance (ce n'est pas juste donner un médicament qui n'induit pas d'effets secondaires). Penser que le médicament est coupable signifie qu'un bon traitement n'est pas neutre et que le choix doit être bien réfléchi avant de le prescrire. Pour Hippocrate, l'hygiène de vie, les styles de vie, la diète, le sport... sont primordiaux pour avoir une bonne santé ; les cyclothymiques en ont sacrément besoin !

Ainsi, le traitement de la cyclothymie doit au final respecter la partie nature de la personne (jamais la casser), éviter les superflus (surtout les antidépresseurs) et garder en tête la formule « un ou deux thymorégulateurs, sinon, RIEN ! ».

En plus, s'ajoute la psycho-éducation spécifique, les conseils aux parents, le soutien du jeune cyclothymique et l'aide spécifique pour lui apprendre à gérer ses émotions et sa cyclicité.



Qu'apporte l'utilisation d'un thymorégulateur ? Pourrait-on s'en passer et attendre la fin de l'adolescence ?

E. H. : C'est vrai qu'en France, les médecins et les pédopsychiatres ne savent pas prescrire les thymorégulateurs, et cela du fait que le diagnostic de Bipolarité, et encore moins de Cyclothymie, n'est pas admis avant 15 à 18 ans !

Pour l'instant, je constate que les mentalités changent, lentement certes, mais progressivement certains experts admettent cette « réalité ».

Quel que soit le traitement prescrit à un enfant, ce n'est pas un acte facile à accepter pour les parents, les éducateurs, les psychologues et les médecins. Mais dans la pratique, quand le diagnostic est correctement posé et expliqué au jeune et à ses parents, le traitement thymorégulateur sera vécu comme une « solution à un problème complexe » et pas du tout comme une « punition ».

De plus, le traitement chimique n'est indiqué qu'après un bilan clinique le plus complet possible, pour :

- établir le diagnostic de la cyclothymie,
- évaluer son étendue, son intensité,
- rechercher les épisodes dépressifs et/ou hypomaniaques,
- estimer les impacts sur la qualité de vie et le fonctionnement scolaire,
- trouver les comorbidités (TDAH, TOC, boulimie, Gilles de la Tourette, phobie sociale...),
- explorer les traits dominants du tempérament,
- identifier les cibles à traiter en premier,
- compléter le bilan par des renseignements au sujet de la demande initiale de la personne cyclothymique, sa motivation, son adhésion au diagnostic, ses inquiétudes et craintes face aux psychotropes...

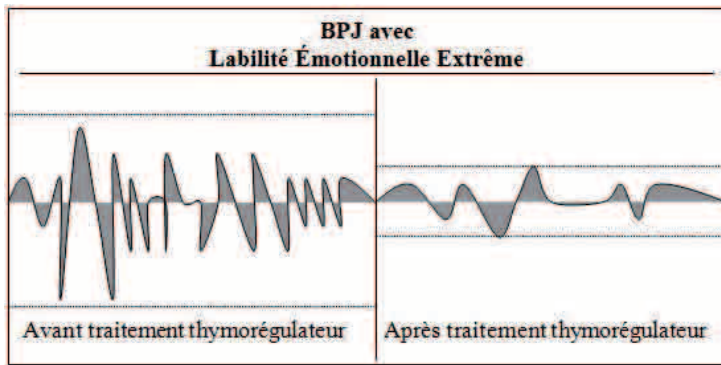
Ce que j'attends d'un thymorégulateur est en premier de « protéger » le jeune contre les conséquences de sa cyclothymie et « réduire sa sensibilité excessive à son entourage ». Je ne pense pas qu'attendre passivement est une bonne décision médicale notamment quand les indices pathologiques de la cyclothymie sont présents. Parfois, quand l'intensité de ces indices est modérée, on propose une psychothérapie orientée sur la cyclothymie. Une fois sur deux, on arrive à se passer du traitement chimique sur une période donnée de 6 à 12 mois, car on n'a aucune preuve que l'approche psychologique soit capable de protéger le jeune au long cours. Pour cela, une vigilance est nécessaire pour suivre au plus près le potentiel évolutif de la cyclothymie.


Le traitement de la cyclothymie doit être conçu dans le cadre d'un projet de soins :

- Savoir établir une hiérarchie des problèmes cliniques à traiter et cibler les dimensions pertinentes à traiter en premier :
- un épisode actuel dépressif ou hypomaniaque,
- un niveau élevé d'impulsivité et d'instabilité,
- une opposition sévère résistante à une thérapie,
- des crises de rage à répétition,
- une comorbidité.

Fixer des objectifs :

- à moyen terme (6 à 12 mois) : atténuer la cyclothymie vers une stabilité biologique et comportementale (voir figure ci-dessous) ;
- au long cours (au-delà de la stabilisation clinique) en rapport avec la fonctionnalité (améliorer la qualité de vie, faciliter l'entente familiale, fructifier les activités).



 Le cerveau des enfants n'est pas à maturité et évolue. Le prenez-vous en compte et comment ?

E. H. : En principe, OUI - mais on manque cruellement de recherche appliquée dans ce domaine.

En acceptant la chimie du cerveau bipolaire, il devient plus aisé d'admettre que des traitements chimiques sont capables de soigner un enfant cyclothymique. Pour l'instant, l'essentiel de la pharmacothérapie du trouble bipolaire concerne les sujets adultes. Pour cette raison, les remèdes proposés dans la BPJ ou la cyclothymie sont basés sur ceux des adultes mais avec des règles qui tiennent compte des particularités de la BPJ (présentations cliniques, formes à dominance instable avec des cycles ultra-rapides, épisodes mixtes...) et du métabolisme des jeunes :

- « un enfant n'est pas un adulte en miniature » - donc on ne peut pas appliquer chez l'enfant ou l'adolescent ce qu'on fait chez l'adulte, et en divisant, par exemple, par deux les doses... Donc il convient de respecter les fonctions hépatique et rénale des enfants et vérifier les données de la recherche en psychopharmacologie juvénile ;
- rester souple et vigilant sans être trop alarmiste ;
- appliquer la formule « go slow and stay low » autant que possible ;
- être attentif aux effets indésirables ;
- ne jamais oublier que les jeunes cyclothymiques sont des « costauds » - ils ne sont pas fragiles face aux médicaments - et ça c'est mon expérience avec des centaines de jeunes cyclothymiques qui me le confirme.

En résumé, il convient d'arriver à juguler deux principes quand on traite :

- en premier, c'est pour avoir un effet clinique consistant et non juste pour donner l'illusion aux parents qu'on donne un quelconque médicament ;
- en deuxième lieu, connaître la pharmacologie et avoir l'expérience avec les jeunes donc respecter les règles de sécurité, de surveillance, des interactions, de gestion des effets indésirables...



Quelle est l'évolution de la maladie chez les enfants que vous traitez ? Ont-ils de meilleures chances arrivés à l'âge adulte ? Quelles sont les améliorations que vous observez dans votre pratique ?

E. H. : Je n'ai pas de statistiques pour l'ensemble des jeunes soignés au CTAH ; le bilan que j'observe est satisfaisant dans environ 75% des cas qui sont suivis au centre et qui acceptent les soins proposés.

Dans la pratique, il faut comptabiliser les cas qui viennent une ou deux fois (juste pour avoir une idée sur le diagnostic), les cas qui refusent le traitement, les cas où un parent accepte et l'autre s'oppose (c'est une fois sur deux et souvent les mères sont favorables au traitement et les pères s'y opposent !)...

Quant aux meilleures chances au long cours, je n'en sais rien. J'ai des renseignements prospectifs au long cours (10 à 15 ans de suivi) sur des jeunes que j'ai soignés — le verdict des parents : « On a bien fait de le ou la soigner assez tôt ». Je n'ai pas de souvenir d'un cas où on (je dis « on », moi et les parents) ait été en tort en soignant une cyclothymie.

Cela dit, il y a, comme on peut l'imaginer assez facilement, tous les cas de figures intermédiaires, notamment en raison de l'instabilité et la complexité du trouble cyclothymique.

Les sous-types cliniques peuvent évoluer et changer à travers le temps, d'où la nécessité d'un suivi médical rapproché et régulier sur de nombreuses années.

Malgré des traitements adéquats, un enfant cyclothymique risque de manifester des problèmes résiduels, comme des fluctuations thymiques marquées, des périodes de manie ou de dépression modérées.

Ce mode évolutif sous traitement semble être plutôt la règle que l'exception, surtout si on ajoute à la maladie les fluctuations physiologiques liées à l'âge, au contexte familial, au stress scolaire, à l'incompréhension des éducateurs et des professeurs...

Il est clair qu'en l'absence de traitement, ces manifestations seraient plus sévères et handicapantes.

Toutefois, on essaie d'agir plus efficacement sur ces résidus en optimisant la prescription médicamenteuse et en combinant les médicaments avec une psychothérapie appropriée.

Docteur Elie Hantouche