

Des recommandations aux pratiques

En France comme dans les pays anglo-saxons¹, les médicaments antidépresseurs sont déconseillés dans le traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Cependant, selon l'Afssaps, le recours à ces médicaments peut être justifié dans des situations particulières, après évaluation clinique du rapport bénéfice/risque².

Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent

Les points-clés de la mise au point de l'Afssaps (février 2006)

Point-clé 1 : une clinique particulière

La dépression de l'enfant ou de l'adolescent répond aux critères du DSM-IV, avec des modes d'expression particuliers (*tableau 1*). L'appréciation de l'intensité des symptômes relève de l'évaluation clinique (éventuellement d'échelles validées). **L'évaluation du risque suicidaire doit être systématique avant toute prise en charge.**

La dépression est rare chez l'enfant (prévalence 0,5 %). Elle s'accompagne de difficultés comportementales, relationnelles, familiales et scolaires, durables et souvent d'apparition brutale. Elle se traduit le plus souvent par une attitude générale de retrait ou au contraire par une irritabilité et une agitation inhabituelle. Elle est plus fréquente chez l'adolescent (prévalence 3 %, avec un sex ratio de 2 filles pour 1 garçon, inverse de celui de l'enfant [1]). Elle peut s'exprimer par un désinvestissement scolaire brutal, des plaintes somatiques masquant la dépression chez les filles, ou des passages à l'acte (agressifs ou anti-sociaux) chez le garçon. Ces troubles sont distincts de la « crise d'adolescence » et le risque de les sous-estimer est important. Selon les conclusions d'une expertise de

l'Inserm, la dépression chez l'enfant et plus particulièrement chez l'adolescent est fréquemment associée à un risque suicidaire important [1]. En France, le suicide des jeunes est la deuxième cause de décès entre 15 et 24 ans (700 décès par an).

Point-clé 2 : psychothérapie toujours...

La psychothérapie est le traitement de première intention chez l'enfant. S'il n'y a pas d'amélioration, un traitement antidépresseur peut être envisagé pour en faciliter le déroulement.

C'est aussi la règle dans la plupart des cas chez l'adolescent. Cependant, le recours à un antidépresseur pourra se justifier en première intention dans les épisodes dépressifs « caractérisés » (selon la définition du DSM-IV) d'intensité sévère (définie en fonction de l'évaluation du nombre et de l'intensité des symptômes dépressifs et de leur retentissement) et durables. En cas d'efficacité insuffisante de la prise en charge psychothérapique ou en cas d'aggravation, la prescription d'un antidépresseur pourra s'envisager en deuxième intention.

Il est recommandé, dans tous les cas, d'accompagner la prescription d'antidépresseur d'une prise en charge psychothérapique adaptée : écoute du patient et soutien psychologique, sensibilisation de l'entourage et de la famille (en les associant au suivi) ; suivi de l'évolution des symptômes.

1. Voir l'article de Garland et Wright dans ce même numéro de *Médecine*, pages 109-111.

2. Texte intégral disponible sur www.afssaps.sante.fr

Tableau 1. Modes d'expression de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en comparaison avec l'adulte (traduit de [2])

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-IV	Modes d'expression de la dépression chez l'enfant et l'adolescent
1. Humeur dépressive pratiquement toute la journée	Humeur irritable ou revendicative. Préoccupations morbides envahissantes – par exemple par des paroles de chansons nihilistes
2. Diminution de l'intérêt/plaisir dans ses activités	Perte d'intérêt dans le sport, les jeux vidéo, et les activités entre amis
3. Perte ou gain de poids significatif	Retard dans la courbe de poids, anorexie ou boulimie, plaintes physiques fréquentes (maux de tête, maux d'estomac...)
4. Insomnie ou hypersomnie	Regarde la TV excessivement tard dans la nuit. Refus de se lever le matin pour aller à l'école
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur	Menaces ou tentatives de fugue
6. Fatigue ou perte d'énergie	Ennui persistant
7. Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité	Comportement d'opposition et/ou négatif
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision	Mauvais résultats scolaires, absences fréquentes
9. Idées ou comportement suicidaires récurrents	Idées ou comportement suicidaires récurrents

NB : Il est conseillé de tenir compte d'éventuelles différences culturelles dans l'utilisation de cet outil.

Point-clé 3 : traitement pharmacologique ?

La mise en évidence d'un risque de comportement suicidaire (idées suicidaires, tentatives de suicide) et/ou hostile (agressivité, comportement d'opposition, colère) associé à l'utilisation chez l'enfant et l'adolescent des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et apparentés³ a conduit l'Agence européenne du médicament (EMA) à réévaluer le risque de ces médicaments et en avril 2005, à les déconseiller dans le traitement de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Les données disponibles aujourd'hui pour les antidépresseurs tricycliques justifient qu'ils soient également déconseillés dans cette même indication [3-6]. Par ailleurs, les conséquences d'un traitement par ISRS et apparentés sur le développement de l'enfant, notamment la croissance, sont méconnues [2].

La prescription d'antidépresseurs **n'est pas adaptée aux situations d'urgence, qui nécessitent une prise en charge immédiate, éventuellement en milieu hospitalier.**

L'éventuelle prescription doit s'accompagner d'une surveillance étroite et de la recherche d'un comportement **hostile** (agressivité, comportement d'opposition, colère) ou **suicidaire** (idées et/ou menaces suicidaires, tentatives de suicide), particulièrement en début de traitement. La survenue récente (ou l'aggravation) de symptômes tels qu'insomnie, irritabilité, anxiété, agitation, nervosité et *a fortiori* des idées suicidaires nécessite des consultations plus fréquentes.

3. Il s'agit de 13 antidépresseurs dont 2 ne sont pas autorisés en France (atomoxétine et reboxétine). Les 11 autres sont : fluvoxamine, fluoxétine, citalopram, paroxétine, venlafaxine, milnacipran, sertraline, mirtazapine, escitalopram, miansérine et duloxétine.

Références :

- Expertise collective Inserm. Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Inserm: Paris; 2003.
- The use of medication in treating childhood and adolescent depression: information for physicians. American Psychiatric Association (APA) and American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 2005. PhysiciansMedGuide. Sur www.ParentsMedGuide.org.
- Maneeton N, Srisurapanont M. Tricyclic antidepressants for depressive disorders in children and adolescents: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Med Assoc Thai*. 2000;83:1367-74.
- Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Robertson J, Henry D. Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression: a meta-analysis. *BMJ*. 1995;310:897-901.
- Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Henry D. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *The Cochrane Database of systematic Reviews* 2002; Issue 2.
- Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA*. 2004;292:338-43.

Au vu des données disponibles, il n'est pas possible de recommander un antidépresseur plutôt qu'un autre. Il est recommandé de commencer par la dose la plus faible, avec comme objectif d'atteindre progressivement la posologie minimale efficace en tenant compte du poids et de la réponse clinique. La durée totale du traitement d'un épisode pourrait se situer entre 6 mois et un an.

L'arrêt du traitement sera toujours progressif sur plusieurs semaines ou mois pour prévenir le risque de rechute et programmé avec le patient et son entourage. Une prise en charge psychothérapique adaptée constitue l'élément essentiel de la prévention des récurrences, dont la fréquence élevée constitue un risque de pronostic péjoratif.

Point-clé 4 : attention au syndrome de sevrage

Il peut survenir à l'arrêt trop rapide d'un traitement, surtout s'il a été prolongé, à posologie élevée, ou avec un antidépresseur à demi-vie courte.

Les risques d'apparition de ce syndrome sont réduits en diminuant progressivement la posologie. Les symptômes (irritabilité, anxiété, vertiges ou troubles du sommeil) sont transitoires (une semaine en moyenne). Ils nécessitent de revenir temporairement à la posologie précédente de l'antidépresseur avant de reprendre un sevrage encore plus progressif.

L'information des patients et de leur entourage sur la dépression et ses modalités de traitement répond aux dispositions de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades concernant les mineurs. Une information grand public est disponible sur le site de l'Afssaps (« Vous et votre traitement par antidépresseur »).