

Proscrire les antidépresseurs en première intention chez l'enfant

L'Agence européenne du médicament recommandait le 8 décembre dernier de ne plus prescrire d'antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) aux moins de 18 ans « en raison d'une augmentation du risque de comportement suicidaire et de comportement agressif mis en évidence chez ces patients ». Deux jours après, l'Afssaps renchérissait, précisant que « la prescription d'antidépresseurs ne

doit survenir qu'en deuxième intention après la psychothérapie, dans les dépressions majeures, avec une prise en compte de l'ensemble des bénéfices attendus et des risques possibles ». En octobre, s'appuyant sur des essais cliniques sur 4 000 jeunes, la FDA américaine concluait à un risque doublé d'avoir des pensées suicidaires par rapport à un placebo. D'où la mise en garde sur l'emballage des médica-

ments. Dans l'édition du Vidal 2004, seule l'amitriptyline possède l'AMM en pédopsychiatrie. La dépression de l'enfant est une pathologie rare dont la prévalence ne dépasse pas 3 % pour les 6-12 ans. Le signe principal est une rupture avec le comportement antérieur. En France, 5 % des 12-24 ans prendraient des antidépresseurs, selon les chiffres du Baromètre santé 2000 du CFES.

> H. J.

INTERVIEW

« La balance bénéfiques/risques est défavorable »

Faut-il proscrire les antidépresseurs chez les moins de 18 ans ?

En dehors de situations extrêmement rares chez les enfants - dépression avec composantes mélancoliques, détermination à mourir... - la balance bénéfices/risques n'est pas favorable. Pas question de prescrire des antidépresseurs en première intention chez l'enfant, quelle qu'en soit la famille. La prescription implique une surveillance rapprochée et parfois spécialisée et une réévaluation régulière pendant plusieurs semaines, voire une couverture anxiolytique. Le risque suicidaire accru autour du dixième jour après la première prise, liée à la levée d'inhibition, vaut pour tout le monde. Par ailleurs, il y a l'importance des effets secondaires chez les enfants et l'accoutumance aux médicaments. De toutes les façons, la prescription des antidépresseurs chez l'enfant n'est pas aussi importante en



Pr MARIE-ROSE MORO,
Service de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent, hôpital Avicenne
(AP-HP, Bobigny)

France qu'aux Etats-Unis. On a plaqué dans la précipitation un débat propre aux Américains.

La psychothérapie reste l'indication de choix en première intention chez les moins de 18 ans ?

Bien évidemment. La position de l'Afssaps correspond à l'attitude la plus répandue en milieu spécialisé. La vulnérabilité des personnes sous antidépresseurs met en lumière la limite des médicaments en psychiatrie : ils ne résolvent pas tous les problèmes de fond. Chez l'enfant, la psychothérapie par le jeu ou une autre médiation, les psychothérapies psychanalytiques, les thérapies cognitives ou

cognitivo-comportementales... sont des techniques de soins qui ont fait leurs preuves aussi bien pour réduire les symptômes dépressifs que pour modifier les causes de cette dépression au long cours. L'indication du type de soin nécessaire ne peut être posée qu'après une évaluation individuelle et familiale de chaque situation, suivie d'un soin individuel, familial ou en groupe, proposé à l'enfant et à sa famille.

Comment poser un tel diagnostic chez l'enfant ?

Chez les moins de 3 ans, les traductions fonctionnelles sont prépondérantes avec troubles du sommeil ou alimentaires - l'anorexie est très fréquente -, peu d'interactions avec le monde et des douleurs multiples. Chez les enfants d'âge scolaire, les dépressifs sont soit en retrait ou au contraire maniaques avec une grande excitation motrice. Chez l'adolescent, les signes dépressifs peuvent se confondre, avec une crise d'adolescence banale : endormissement difficile, d'où l'utilisation de toxiques, clinophilie, ou toute modification des comportements, perte du plaisir sont caractéristiques.