## L'année pédiatrique

# Quoi de neuf en pédopsychiatrie ?

**M. VIORRAIN[1], C.-E. FOURNIER[2], O. REVOL[2]**
[1] Service de Pychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Psychiatrie de liaison en maternité, Hôpital Robert Debré, PARIS,
[2] Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Femme Mère Enfant, BRON.

Contrairement aux idées reçues, la France n'est pas le pays champion du monde de prescription de psychotropes aux enfants ! Même si on observe une augmentation depuis quelques années, les délivrances de psychotropes restent dans la moyenne européenne et en-deçà des États-Unis. Par contre, les profils de prescription diffèrent selon les pays et les anxiolytiques restent la première classe prescrite chez les enfants et les adolescents français, tandis que les psychostimulants viennent en dernier [1]. Enfin, comme en pédiatrie en général, le fossé qui se creuse entre les besoins médicaux et le manque de molécules approuvées explique les proportions élevées de prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (AMM).

S'il est recommandé que ces traitements soient initiés par un pédopsychiatre, les pédiatres et les généralistes sont en pratique les principaux prescripteurs. Le but de cet article est de proposer un panorama de molécules les mieux documentées, légitimes pour s'imposer comme une première ligne de traitement médicamenteux. Après avoir rappelé les règles de prescriptions spécifiques en psychiatrie infantiles, nous visiterons les pathologies les plus fréquentes avant de s'arrêter sur les molécules préconisées et adaptées.

## Règles générales de prescription

### 1. Il est urgent d'attendre !

En dehors de (rares) situations d'urgence, rien ne presse ! L'indication d'un traitement médicamenteux se pose rarement en première intention. Elle doit être réservée aux diagnostics clairement identifiés dont la sévérité pénalise l'enfant, et ce malgré des premières lignes de soin non médicamenteuses bien conduites.

### 2. L'enfant, un partenaire particulier

Les données concernant les contre-indications et effets indésirables sont en général dérivées de la pratique de l'adulte. Les règles de prescription doivent tenir compte de données pharmacodynamiques et pharmacocinétiques spécifiques et évolutives [2]. Les profils de réponse et de tolérance diffèrent largement de l'adulte (densité des récepteurs, maturation des systèmes neurotransmetteurs, perméabilité de la barrière hémato-encéphalique) (***tableau I***). De plus, l'effet placebo est majoré chez l'enfant, notamment dans la dépression, et ce quelle que soit l'intervention proposée.

On privilégie chez l'enfant les monothérapies avec des posologies inférieures et des administrations fractionnées pour rester dans une fenêtre d'efficacité-tolérance optimale. Chez l'adolescent, la pharmacocinétique se rapproche des adultes.

### 3. Petits arrangement avec les guidelines

Le décalage entre l'évolution des connaissances (recommandations d'experts) et l'évolution des AMM confronte le clinicien à un choix complexe : prescrire avec l'AMM une molécule plus ancienne mais dont les modalités d'évaluation peuvent être moins rigoureuses qu'aujourd'hui (exemple des neuroleptiques) ou, en l'absence de dérogation[1], prescrire une molécule

| Sensibilité accrue à certains effets indésirables |
|---|
| ● Somnolence avec les molécules sédatives.<br>● Effets extrapyramidaux et syndrome métabolique avec les neuroleptiques.<br>● Hématomes avec les ISRS.<br>● Effets paradoxaux avec les benzodiazépines.<br>● Période de croissance staturale, pubertaire et d'apprentissage : attention aux molécules qui perturbent le métabolisme ou la cognition. |

**Tableau I :** Effets indésirables chez l'enfant.

[1] Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou recommandation temporaire d'utilisation (RTU) répertoriées sur le site de l'ANSM ouvrant des droits à une prise en charge financière.

# L'année pédiatrique

mieux documentée mais qui peut être hors AMM, en respectant les conditions de la loi de 2011. En psychiatrie, ces situations amènent à redoubler de rigueur dans l'information délivrée pour une relation de confiance, afin de ne pas être un frein supplémentaire à l'observance (***tableau II***).

**Prescription hors AMM si :**

- Pas d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une AMM ou ATU.
- Prescription jugée indispensable par le prescripteur.
- Justification scientifique avec niveau de preuve élevé.
- Modalités :

– information et consentement du patient (et parents) ;
– indication du "hors AMM" sur l'ordonnance (informer que non remboursé) ;
– traçabilité dans le dossier patient ;
– engage la responsabilité du médecin prescripteur, du pharmacien et de l'infirmier.

**Tableau II :** Principes de la prescription hors AMM [3].

**Privilégier une décroissance progressive à une période calme (vacances d'été par exemple)**

- Dans les troubles anxieux : 6 à 12 mois.
- Dans les TOC : au moins 12 mois.
- Dans les états dépressifs : 9 à 12 mois chez les sujets sans antécédents, au moins un an en cas d'antécédent d'épisode dépressif ou d'intensité sévère ou d'évolution chronique.
- Dans le TDAH : en l'absence d'amélioration après un mois de traitement et dans les situations de prescriptions prolongées en réalisant des fenêtres thérapeutiques 2 à 3 semaines en amont d'une réévaluation annuelle.

**Tableau III :** Durées recommandées [4].

### 4. L'alliance thérapeutique avec la famille : l'union sacrée

La démarche d'information et d'éducation thérapeutique avec le patient et sa famille est fondamentale pour la sécurité et l'adhésion au traitement, déterminante pour le pronostic de certaines pathologies évolutives :
– réponse aux questions (inquiétudes concernant les effets secondaires, les risques de dépendance, etc.) ;
– information concernant les bénéfices attendus, les effets indésirables connus, les alternatives thérapeutiques, les modalités d'utilisation, etc. ;
– recueil de l'accord des deux parents et recherche du consentement de l'enfant (après information adaptée à son niveau de maturité).

### 5. "On ne lâche pas une équipe qui gagne !" : la surveillance

L'évaluation régulière des bénéfices/risques et les prescriptions de court terme doivent rester la règle. En cas de prescription au long cours, il faut se mettre en lien avec le pédopsychiatre afin de réévaluer l'indication ou d'envisager un arrêt (définitif ou fenêtre thérapeutique). Il n'est pas rare que des médicaments instaurés pour des symptômes qui peuvent être transitoires dans l'enfance (troubles du comportement, angoisses, hallucinations…) ne soient pas remis en question malgré les risques sur le long terme (syndrome métabolique, dyskinésies, fonctions cognitives).

La croissance et la décroissance sont progressives, par paliers de 5 à 7 jours au minimum pour les antipsychotiques, plus longs pour les antidépresseurs et les anxiolytiques type benzodiazépines (***tableau III***).

## Principaux troubles et traitements associés

### 1. Trop d'émotions…

**>>> L'anxiété pathologique** [5]

Les troubles anxieux représentent la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez les enfants et les adolescents, parmi lesquels [6] :
– le trouble anxieux généralisé TAG (inquiétudes et appréhensions anxieuses excessives, intenses et généralisées) ;
– le trouble anxiété sociale TAS (peur excessive du jugement des autres en situations sociales) [7] ;
– les troubles phobiques (peurs liées à un objet, un animal ou une situation spécifique, par exemple l'émétophobie) ;
– le trouble panique (attaques de panique récurrentes) ;
– l'anxiété de séparation (peur excessive et inappropriée par rapport à l'âge d'être séparé des parents ou personnes auxquelles l'enfant est attaché) ;
– l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Une intervention précoce est particulièrement importante pour ces troubles associés à des conduites d'évitement (scolaire par exemple) et pouvant entraîner des complications sévères (troubles du comportement ou difficultés scolaires chez l'enfant, dépression, recours à des toxiques chez l'adolescent…).

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) se définissent par des comportements ou des actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir de manière répétitive et rigide (les compulsions), le plus souvent (mais parfois non retrouvée chez l'enfant) en réponse à une obsession (idée, image, impulsion intrusives et inappropriées) [8].

Quels que soient les types d'anxiété, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) viennent en première ligne de traitement, avec des niveaux de preuve solides. Les thérapies combinées associant interventions TCC et médicamenteuses ont fait la preuve d'une efficacité supérieure à chaque intervention seule. Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS) sont indiqués en première ligne dans les troubles anxieux chroniques et les TOC,

la fluoxétine ayant le meilleur niveau de preuve dans ces indications [9, 10].

● ***Troubles anxieux "caractérisés"***

Aucun traitement en France n'a d'AMM chez l'enfant mais la fluoxétine bénéficie d'un niveau de preuve solide (exemple : dose initiale 5 mg et moyenne 20 mg). La FDA approuve l'utilisation de la duloxétine à partir de 7 ans dans le TAG.

● ***Troubles obsessionnels compulsifs***

■ **Sertraline :**
– I (indication) : TOC ;
– A (âge minimal) : 6 ans ;
– P (posologie) : 6-12 ans, dose initiale de 25 mg/j en 1 prise ; 13-17 ans, dose initiale de 50 mg/j en 1 prise ; augmenter par palier de 50 mg (intervalle > 7 j). La dose maximale est de 200 mg/j.

■ **Fluvoxamine :**
– I : TOC ;
– A : 8 ans ;
– P : dose initiale de 25 mg/j. Elle peut être augmentée progressivement tous les 4 à 7 jours jusqu'à obtention d'une dose efficace. La dose maximale est de 200 mg/j.

● ***Symptomatologie anxieuse aiguë***

Le paroxysme de l'angoisse aiguë est l'attaque de panique, marquée par des signes neurovégétatifs et neuropsychiques d'angoisse. Elle cède spontanément mais, en cas d'échec des mesures de relaxation non pharmacologiques, de retentissements trop importants ou de répétition (réévaluer l'existence d'un trouble panique), un traitement ponctuel peut être proposé. Les benzodiazépines ne sont pas recommandées avant 18 ans.

■ **Hydroxyzine :**
– I : insomnie d'endormissement liée à l'état d'hyperéveil (vigilance accrue des manifestations anxieuses au coucher) ;
– A : 3 ans ;
– P : 3-6 ans (10-20 kg), 5-10 mL/j en sirop ; 6-15 ans, maximum 1 mg/kg/j en comprimé. Attention, possibles réactions paradoxales ; surveillance ECG : QTc long congénital.

■ **Clorazépate :**
– I : manifestations anxieuses sévères, l'utilisation doit être exceptionnelle ;
– A : 6 ans ;
– P : 0,5 mg/kg/j en plusieurs prises. Attention, possibles réactions paradoxales ; en règle générale, les benzodiazépines sont réservées aux adultes.

**>>> Dépression** [11, 12]

Les antidépresseurs montrent moins de bénéfices chez l'enfant dans les indications de dépression par rapport aux troubles anxieux, en partie du fait d'un important effet placebo dans la dépression de l'enfant [10, 13]. Les prises en charge combinées (TCC et fluoxétine) permettent une amélioration plus rapide, mais les bénéfices à terme apparaissent équivalents aux monothérapies.

Un traitement antidépresseur ISRS comme la fluoxétine s'envisage en première ligne dans les états dépressifs d'intensité sévère et en seconde intention dans les états dépressifs d'intensité modérée (effet minime) [9].

■ **Fluoxétine :**
– I : épisode dépressif majeur (EDM) modéré à sévère ;
– A : 8 ans ;
– P : dose initiale : 10 mg/j ; après 1-2 semaines : augmenter si besoin à 20 mg/j.

Également hors AMM mais approuvé par la FDA : escitalopram pour les enfants âges de 12 ans et plus.

Devant une réponse partielle après 12 semaines à dose thérapeutique, après réévaluation diagnostique (comorbidité, dépression bipolaire…) et de l'observance, un changement de molécule est justifié en privilégiant un autre ISRS plutôt qu'une autre classe.

**>>> Les principaux effets indésirables des antidépresseurs** :
– les plus fréquents : nausées et céphalées (premiers jours), tremblements, vertiges, insomnies, variations pondérales ;
– occasionnels : agitation, impulsivité, irritabilité, désinhibition, etc. (à distinguer d'un véritable virage maniaque de l'humeur), abaissement du seuil épileptogène, défaut de maturation sexuelle ;
– risque de syndrome de sevrage si arrêt brutal ;
– risque suicidaire : les troubles anxieux et dépressifs favorisent en eux-mêmes le risque suicidaire. Au regard de l'ensemble des données, il apparaît que les ISRS réduisent à terme les taux de suicide plutôt qu'ils ne les augmentent (études observationnelles). Toutefois, la prescription d'antidépresseurs (ATD) est associée initialement à un risque accru de passage à l'acte, notamment dans les indications de dépression. Ce risque n'a pas été retrouvé de manière significative, voire moindre dans les indications de troubles anxieux.

Surveillance pour prévenir les risques :
– rythme : hebdomadaire le premier mois, toutes les deux semaines le deuxième mois, puis à 3 mois (peut s'associer à des contacts téléphoniques) ;
– ECG (allongement du QTc par la fluoxétine comme par la clomipramine) ;
– biologie avec TSH et transaminases hépatiques à l'instauration, à 2-3 semaines et après les augmentations de posologie ;
– suivi de la croissance (courbe staturo-pondérale) et du développement pubertaire (stades de Tanner).

## 2. Pas assez d'attention…

**>>> Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité** [14]

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental défini par la présence précoce de difficultés attentionnelles, d'impulsivité et d'hyperactivité retentissant dans différents domaines de vie (familiale, scolaire, sociale).

# L'année pédiatrique

Le méthylphénidate est le seul psychostimulant disponible en France à partir de 6 ans (***tableau IV***). Des ATU existent pour d'autres traitements du TDAH comme l'atomoxétine.

**Prescription initiale** (praticien hospitalier, ordonnance sécurisée) : la forme à libération immédiate (LI) est privilégiée à l'instauration pour évaluer la tolérance. Les posologies sont entre 0,3 et 1mg/kg sur 2 à 3 prises (matin, midi, 17 h) pour la forme à libération immédiate, avec un seuil maximum à 60 mg/j. L'équivalent à libération prolongée (LP) est ensuite prescrit, avec un choix de molécule en fonction par exemple de l'âge de l'enfant (plus longues durées au collège) ou de ses intolérances.

**Rythme** : d'abord 7 jours sur 7 pour permettre une évaluation au domicile, puis à adapter en fonction de la clinique avec des suspensions recommandées les week-ends et vacances scolaires. Certaines comorbidités (TOP : trouble oppositionnel avec provocation) peuvent requérir une prescription continue avec des fenêtres thérapeutiques en périodes de vacances.

**Suivi** annuel par le spécialiste (réévaluation de l'indication avec une fenêtre thérapeutique) et mensuel par le médecin traitant qui peut également adapter la posologie (***tableau V***).

### >>> Troubles du comportement (agitation, agressivité) sans trouble du spectre autistique

En cas de troubles du comportement associés à un TDAH, il est recommandé de d'abord traiter le TDAH. Lorsque les troubles du comportement ne sont pas associés à un TDAH, ou si c'est le cas et que les traitements du TDAH ont échoué, les données sont en faveur de la rispéridone mais avec une recommandation conditionnelle du fait des effets indésirables des antipsychotiques (davantage de prise de poids, syndrome métabolique, syndromes extrapyramidaux) [15, 16].

| Spécialités | Posologies | Proportion LI/LP | Durée d'action |
|---|---|---|---|
| Ritaline | Cp 10 mg | 100 % LI | 3-4 h |
| Ritaline LP | Gél 20, 30, 40 mg | 50 % LI, 50 % LP | 8 h |
| Concerta LP | Gél 18, 36, 54 mg | 22 % LI, 78 % LP | 12 h |
| Quasym LP | Gél 10, 20, 30 mg | 30 % LI, 70 % LP | 8 h |
| Medikinet | Cp 5, 10, 20 mg | 100 % LI | 3-4 h |
| Medikinet LM | Gél 5, 10, 20, 30, 40 mg | 50 % LI, 50 % LP | 8 h |

**Tableau IV :** Spécialités de méthylphénidate. Les formes à libération prolongée (LP) contiennent une proportion variable de composante à libération immédiate (LI). Elles sont privilégiées car favorisent l'observance, améliorent la couverture de la journée et évitent des effets indésirables de pic et fin de dose.

| Bilan préthérapeutique | Suivi |
|---|---|
| **Quand prescrire ?** | **Quand arrêter ?** |
| ≥ 6 ans et TDAH avec retentissements persistants malgré les premières lignes de soin non pharmacologiques | – Pas d'amélioration après 1 mois de traitement (20 %)<br>– Au long cours : fenêtres de 3-4 semaines en septembre (1/3 de résolution)<br>Il n'y a pas de syndrome de sevrage à l'arrêt |
| **Interrogatoire** | |
| – Contre-indications absolues : allergie, glaucome, IMAO<br>– Contre-indications relatives : antécédents personnels ou familiaux cardiovasculaires, épilepsie, pathologie psychiatrique (manie, psychose)<br>– Recueil d'informations : habitudes de sommeil, alimentaires, tics | – Réévaluation mensuelle<br>– Efficacité : recueillir également les observations à l'école<br>– Tolérance : céphalées et nausées (les premiers jours), palpitations, tachycardie, tics, sommeil (endormissement), appétit (croissance), symptômes psychiatriques, nervosité, anxiété…<br>– Rythme des prises (jours scolaires, 6 jours sur 7…) |
| **Examen clinique mensuel** | |
| – **Poids, taille :** courbe staturo-pondérale<br>– **Constantes :** PA, pouls | |
| **Examens complémentaires si facteurs de risque** | |
| – ECG<br>– EEG<br>– Bilan biologique : TSH | |

**Tableau V :** Bilan et surveillance des psychostimulants, adapté des recommandations de la HAS, 2014 [11].

■ **Rispéridone :**
– I : traitement symptomatique de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante dans le trouble des conduites chez le jeune, à partir de 5 ans, présentant un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne ou un retard mental ;
– A : 5 ans ;
– P : enfants de 50 kg, débuter à 0,5 mg 1/j, adapter par paliers de 0,5 mg au maximum tous les 2 jours ; enfants < 50 kg, débuter à 0,25 mg 1/j, adapter par paliers de 0,25 mg au maximum tous les 2 jours. Dose optimale : 0,5 mg/j.

■ **Cyamémazine :**
– I : troubles graves du comportement avec agitation et agressivité ;
– A : 3 ans ;
– P : 1 à 4 mg/kg/j en 2-3 prises.

### 3. Pathologies nécessitant une prescription initiale et une réévaluation psychiatrique : schizophrénie, trouble bipolaire et syndrome de Gilles de la Tourette

Un maintien à posologie minimale efficace est recommandé, sachant que les réponses thérapeutiques sont souvent incomplètes.

**>>> Dans les troubles psychotiques**, de nombreux jeunes patients continueront à présenter des symptômes positifs ou négatifs de la maladie à un certain degré [17].

■ **Aripiprazole (famille des antipsychotiques) :**
– I : schizophrénie chez l'adolescent à partir de 15 ans, épisodes maniaques modérés à sévères des troubles bipolaires de type I à partir de 13 ans ;
– P : 10 mg/j en 1 prise ; dose maximum : 30 mg/j ; durée maximum 12 semaines.

La FDA autorise également, à partir de 13 ans : la rispéridone, la quétiapine, l'olanzapine (mais risque important de syndrome métabolique et prise de poids) et l'halopéridol.

■ **Lithium (famille des thymorégulateurs) :**
– I : épisode maniaque ou mixte (curatif et/ou préventif) ;
– A : 16 ans, lithiémie efficace : 1,4 mEq/L ;
– P : < 30 kg, 300 mg/j ; ≥ 30 kg, 300 mg, 2-3 fois par jour.

**>>> Dans le syndrome Gilles de la Tourette** (présence de tics moteurs multiples et vocaux, pas nécessairement de manière simultanée, et persistants depuis plus d'un an), le traitement n'élimine pas complètement les tics mais vise à les réduire (de 25 à 50 %) pour limiter leurs retentissements psychosociaux. Les recommandations privilégient plutôt des molécules qui n'ont actuellement pas l'AMM dans l'indication. En pratique, favoriser l'aripiprazole en 1re intention (de 1 à 5 mg pour des tics modérés, jusqu'à 10-15 mg pour des tics sévères). La rispéridone dispose également d'un bon niveau de preuve.

Les molécules ayant l'AMM en France (pour le syndrome Gilles de la Tourette mais aussi pour les troubles graves du comportement) sont l'halopéridol et le tiapride à partir de 3 ans. Citons aussi le pimozide qui aurait la même efficacité

| Bilan préthérapeutique | Suivi | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | M1 | M2 | M3 | M6 | M9 | M12 | |
| **Interrogatoire et examen clinique** | | | | | | | | |
| – Antécédents et absence de contre-indication (antécédents de syndrome malin, d'agranulocytose toxique, d'épilepsie, d'IR ou d'IHC, de trouble de la conduction, d'allergies)<br>– Interactions médicamenteuses ou prises de toxiques | – Efficacité d'un AP : entre 4 et 8 semaines de traitement à posologie optimale<br>– Observance<br>– Effets indésirables plus sévères que chez l'adulte : neurologiques (syndrome extrapyramidal, dyskinésies, épilepsie), cardiaques (allongement du QT, syncope, hypotension orthostatique), endocriniens (hyperprolactinémie, prise de poids, syndrome métabolique), anticholinergiques (neuroleptiques classiques), hématologiques (agranulocytose : clozapine), syndrome malin des neuroleptiques | | | | | | | |
| **Croissance staturo-pondérale et constantes** | | | | | | | | |
| Poids, taille, IMC | + | + | + | + | + | + | + | |
| PA, pouls | + | + | + | + | + | + | + | |
| **Bilan biologique** | | | | | | | | |
| NFS, plaquettes | + | | | | | | + | Exception : clozapine |
| Ionogramme, urée, créatinine | + | | | | | | + | |
| ALAT, ASAT | + | | | ± | ± | | + | |
| Glycémie, cholestérol HDL, LDL, TG | + | | | + | + | | + | |
| Prolactinémie | + | | | ± | ± | | + | ± Si signes d'hyperprolactinémie |
| Amylasémie | + | | | | | | + | Renouveler si signes de pancréatite |
| TSH | ± | | | | | | + | Si quétiapine |
| 25OHD3 | + | | | | | | + | |
| **Autres** | | | | | | | | |
| ECG : QT long congénital | + | + | ± | ± | + | | + | ± Si facteurs de risque |
| EEG | ± | | | | | | | Si clozapine ou points d'appel |
| Suivi ophtalmologique | | | | | | | | Si quétiapine |

**Tableau VI :** Bilan préthérapeutique et surveillance des antipsychotiques (AP) chez l'enfant et l'adolescent, adapté des guidelines du CAMESA [18-20].

# L'année pédiatrique

mais une meilleure tolérance (AMM en France chez l'adulte et AMM chez l'enfant à partir de 6 ans pour les troubles graves du comportement).

En l'absence de réponse évidente après 6 semaines à posologie efficace, il est recommandé de prescrire une autre molécule (***tableau VI***).

## Conclusion

La prescription de psychotropes chez l'enfant est une décision complexe qui demande une réflexion mesurée et concertée. Les psychotropes ne doivent jamais être proposés en première intention, mais réservés aux cas d'échec des prises en charge de première ligne (thérapies psychologiques, rééducations, remédiations, aménagements éducatifs et pédagogiques…). C'est le degré de sévérité des troubles qui incite à envisager l'utilisation de médicaments, en particulier quand il existe une souffrance de l'enfant au niveau familial, scolaire et/ou social.

Le challenge est d'importance, tant il est "*plus facile de construire des enfants solides que de réparer des hommes brisés…*" (Frédérick Douglass)

## BIBLIOGRAPHIE


1. Kovess V, Choppin S, Gao F *et al.* Psychotropic medication use in french children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2015;25:168-175.
2. Coulon S, Azibi I, Willoquet G *et al.* Prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie. Pharmacocinétique des psychotropes chez l'enfant. *Inf Psychiatr*, 2018;94:95-100.
3. Perraudin M, Coulon S, Willoquet G *et al.* La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie. *Inf Psychiatr*, 2018;94:101-107.
4. Hathaway EE, Walkup JT, Strawn JR. Antidepressant treatment duration in pediatric depressive and anxiety disorders: how long is long enough? *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2018;48:31-39.
5. HAS. Guide Affection de Longue Durée - Troubles anxieux graves. 2007.
6. Katzman MA, Bleau P, Blier P *et al.* Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 2014;14:S1.
7. NICE Guidance. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. 2013.
8. NICE Guidance. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. 2005.
9. Benarous X, Cravero C, Cohen D. Prescription d'antidépresseurs chez les enfants et les adolescents. *EMC - Psychiatrie*, 2018;15:1-11.
10. Locher C, Koechlin H, Zion SR *et al.* Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors, serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, and placebo for common psychiatric disorders among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2017;74:1011-1020.
11. HAS. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, *Recommandation de bonne pratique*, 2014;199.
12. NICE Guidance. Overview: Depression in children and young people: identification and management. 2019.
13. Jane Garland E, Kutcher S, Virani A *et al.* Update on the Use of SSRIs and SNRIs with Children and adolescents in clinical practice. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2016;25:4-10.
14. NICE Guidance. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2018.
15. Gorman DA, Gardner DM, Murphy AL *et al.* Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*, 2015;60:62-76.
16. D'Ambrogio T, Speranza M. Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2012;60:52-61.
17. McClellan J, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013;52:976-990.
18. Pringsheim T, Panagiotopoulos C, Davidson J *et al.* Des recommandations probantes pour surveiller l'innocuité des antipsychotiques de deuxième génération chez les enfants et les adolescents. *Paediatr Child Health*, 2012;17:12B-21B.
19. Bonnot O, Inaoui R, Lloret Linares C *et al.* Principes de surveillance des effets métaboliques, de l'hyperprolactinémie et du rythme cardiaque pour les antipsychotiques atypiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2010;58:431-438.
20. Cohen D, Bonnot O, Bodeau N *et al.* Adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a Bayesian meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*, 2012;32:309-316.


Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.