

Pratique pharmaceutique en pédopsychiatrie ou l'art de composer avec le flou pour le bien-être de nos patients

Pierre Duranleau-Gagnon^{1,2}, B.Pharm., M.Sc., Karine Desharnais^{1,3}, B.Pharm., M.Sc.

¹Pharmacien, CHU de Québec – CHUL, Québec (Québec), Canada;

²Chargé d'enseignement clinique, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec), Canada;

³Professeure de clinique, Faculté de pharmacie, Université Laval, Québec (Québec), Canada

Soumis le 24 août 2014; Accepté après révision le 26 août 2014

Au cours des dernières années, l'augmentation de l'utilisation des psychotropes en pédopsychiatrie est indéniable. Déjà en 2004, Wong et coll. rapportaient cette tendance dans la plupart des pays industrialisés¹. Au Canada, on peut faire le même constat. À titre d'exemple, Alessi-Severini et coll. font état d'une prévalence croissante d'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération par les enfants du Manitoba (1,9 pour 1000 enfants en 1999 versus 7,4 pour 1000 en 2008)². Meng et coll. ont aussi démontré une augmentation du nombre d'ordonnances de psychotropes pour la population pédiatrique de la Saskatchewan depuis les vingt dernières années³. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) corrobore aussi cette tendance pour la population pédiatrique ayant un trouble du spectre de l'autisme en indiquant un pourcentage élevé d'utilisation des psychotropes⁴. En effet, ces données révèlent des pourcentages d'utilisation variant de 14,3 % à plus de 50 %, selon les groupes d'âge étudiés. Finalement, la polypharmacie, parfois nécessaire, est utilisée pour une proportion importante de la population pédopsychiatrique, comme le démontrent Comer et coll. (20 % en 2007 comparativement à 14 % en 1996)⁵. Cette tendance semble être le fruit de plusieurs facteurs, dont les principaux seraient liés à une meilleure acceptation du concept de traitement au sein des usagers et d'une augmentation des cas diagnostiqués. Conséquemment, les besoins thérapeutiques se sont amplifiés. Dans un contexte d'accessibilité limitée à des soins psychothérapeutiques, l'attrait d'une solution en apparence rapide passe souvent par la pharmacothérapie^{5,6}.

Pourtant, peu de psychotropes sont indiqués officiellement en pédopsychiatrie, faute de données exhaustives pour cette population spécifique. Le processus menant à l'approbation d'une molécule représente un défi de taille en psychopharmacologie, notamment en ce qui a trait aux études cliniques. En effet, plusieurs facteurs peuvent rendre difficile la tâche d'objectiver une réponse clinique claire : un haut taux de réponse au placebo, un diagnostic parfois ardu à établir, une subjectivité possible dans l'évaluation de la réponse ou des effets indésirables, un faible nombre de patients dans les études, une validité externe limitée et enfin l'importante quantité de patients dont on a perdu la trace en cours d'étude. Ces mêmes écueils sont encore plus évidents

en pédopsychiatrie. Par le fait même, les effets à long terme des molécules utilisées en santé mentale sur des cerveaux en développement, autant sur le plan hormonal que cognitif, ne sont pas encore bien compris. Plusieurs interrogations demeurent donc sans réponse. Actuellement, les instances normatives, que ce soit au niveau gouvernemental ou dans les lignes directrices cliniques, tardent à se prononcer sur cette problématique⁷. Devant cette zone grise, nous pouvons nous questionner en jetant un regard sur les pratiques cliniques de nos propres milieux. C'est ce que Valiquette et coll. ont évalué dans la chronique « Votre expérience avec... » du présent numéro⁸. Première étude au pays à recueillir des informations sur les habitudes de prescription « hors-indication » pour une population pédopsychiatrique hospitalisée, elle contient des résultats intéressants qui suscitent la réflexion.

Ce contraste entre l'usage croissant des psychotropes et leur réglementation peut influencer sur toutes les sphères de la pratique, du centre hospitalier spécialisé jusqu'en officine. Avec cette absence de repère clair, il serait facile de ne s'en tenir qu'au faible nombre de molécules qui possèdent une indication officielle au pays et ainsi limiter considérablement l'arsenal thérapeutique. Cependant, il ne faut pas oublier ou sous-estimer les risques et les conséquences de renoncer au traitement. En 2004, à la suite de rapports de cas ainsi que de données provenant des fabricants et d'analyses *post-hoc*, la Food and Drug Administration ainsi que Santé Canada imposaient un avertissement de type *black box* pour tous les antidépresseurs, en raison d'une possible augmentation des idées suicidaires parmi la population pédiatrique^{9,10}. La visée était louable; on tentait de protéger cette population déjà très vulnérable. Pourtant, après quelques années, les conséquences de ce décret sont préoccupantes. Alors que la prescription d'antidépresseurs en pédiatrie a diminué, une analyse rétrospective d'Adegbite-Adeniyi et coll. sur le sujet fait ressortir parallèlement une augmentation des taux de suicides¹¹. Katz et coll. rapportent, parmi les enfants et adolescents canadiens, une augmentation de 25 % de ces taux dans les deux années suivant cet avis¹². Il faut garder à l'esprit l'essentiel : tenter de répondre aux besoins des enfants qui nécessitent des soins psychiatriques. Au quotidien, ce sont le fonctionnement et le bien-être des enfants et de leurs familles qui en sont affectés.

Comme pharmaciens, nous visons à optimiser la pharmacothérapie en évaluant les risques et les bienfaits de chaque médicament. Le pharmacien doit faire connaître les effets indésirables potentiels, mais également les avantages du traitement. Il faut établir des objectifs de traitement réalistes en précisant les symptômes que l'on peut diminuer. Il est important de vérifier périodiquement l'efficacité et l'apparition d'effets secondaires afin d'évaluer la pertinence de poursuivre le traitement. Les options médicamenteuses en santé mentale sont de plus en plus diversifiées. Il y aura toujours des cas réfractaires ou complexes pour lesquels aucun traitement ne sera officiellement indiqué. Le pharmacien doit alors se documenter afin d'aiguiller le prescripteur vers les molécules les plus étudiées en pédopsychiatrie. Dans un processus rigoureux d'analyse critique, il faut savoir tirer profit de publications décrivant l'expérience clinique provenant d'autres centres spécialisés. En attendant un cadre normatif plus représentatif de la situation actuelle, c'est par la recherche, la description de l'utilisation et une prise en charge tenant compte du patient dans son ensemble que nous arriverons à trouver nos propres balises cliniques.

Financement

Aucun financement en relation avec le présent article n'a été déclaré par les auteurs.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ont rempli et soumis le formulaire de l'ICMJE pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Pierre Duranleau-Gagnon a donné des conférences pour le groupe Uniprix dans le domaine de la psychiatrie générale. Par ailleurs, les auteurs n'ont pas rapporté d'autres conflits d'intérêts en relation avec le présent article.

Références

1. Wong IC, Murray ML, Camilleri-Novak D, Stephens P. Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications. *Arch Dis Child* 2004;89:1131-2.
2. Alessi-Severini S, Biscontri RG, Collins DM, Sareen J, Enns MW. Ten years of antipsychotic prescribing to children: a Canadian population-based study. *Can J Psychiatry* 2012;57:52-8.
3. Meng X, D'Arcy C, Tempier R. Trends in psychotropic use in Saskatchewan from 1983 to 2007. *Can J Psychiatry* 2013;58:426-31.
4. Turgeon M, Tremblay E, Déry N, Guay H. L'usage des médicaments chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre de l'autisme couverts par le régime public d'assurance médicaments du Québec. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62:119-26.
5. Comer JS, Olfson M, Mojtabai R. National trends in child and adolescent psychotropic polypharmacy in office-based practice, 1996-2007. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:1001-10.
6. Harrison JN, Cluxton-Keller F, Gross D. Anti-psychotic medication prescribing trends in children and adolescents. *J Paediatr Health* 2012;26:139-45.
7. Schneider C, Taylor D, Zalsman G, Frangou S, Kyriakopoulos M. Antipsychotics use in children and adolescents: An on-going challenge in clinical practice. *J Psychopharmacol* 2014;28:615-23.
8. Valiquette JR, Lemay G, Nguon D, Paquette E, Wen KJ, Rousseau L. L'usage hors indication des médicaments en pédopsychiatrie : un phénomène d'une ampleur insoupçonnée. *Pharmactuel* 2014;47:196-203[en ligne].
9. Temple R. U.S. Food and drug administration. Anti-depressant drug use in pediatric populations. [en ligne] <http://www.fda.gov/newsevents/testimony/ucm113265.htm> (site visité le 25 août 2014).
10. Santé Canada. Health Canada advises Canadians of stronger warnings for SSRIs and other newer anti-depressants [en ligne] <http://www.healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2004/13708a-eng.php> (site visité le 25 août 2014).
11. Adegbite-Adeniyi C, Gron B, Rowles BM, Demeter CA, Findling RL. An update on antidepressant use and suicidality in pediatric depression. *Expert Opin Pharmacother* 2012;13:2119-30.
12. Katz LY, Kozyrskyj AL, Prior HJ, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescription rates, use of health services and outcomes among children, adolescents and young adults. *CMAJ* 2008;178:1005-11.