

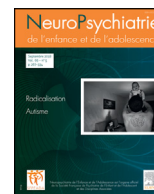


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Aspects relationnels impliqués dans l'efficacité des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent : modèles théoriques, illustrations cliniques, recommandations



Relational aspects involved in the effectiveness of psychotropics in children and adolescents: Theoretical models, clinical illustrations, recommendations

X. Benarous^{a,*}, C. Hanin^{a,c}, D. Cohen^{a,d}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne-université, 83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^b Laboratoire Inserm unité 1136, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé Publique (iPLEsp), équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES), Sorbonne Université, Paris, France

^c Faculté de médecine Sorbonne université, groupe de recherche clinique n° 15 - troubles psychiatriques et développement (PSYDEV, Paris, France

^d CNRS UMR 7222, institut des systèmes intelligents et robotique (ISIR), Sorbonne université, Paris, France

INFO ARTICLE

Mots clés :

Placebo
Relation médecin-malade
Communication médecin-malade
Essai clinique
alliance thérapeutique

R É S U M É

Objectifs. – Nous examinons dans cet article la contribution des aspects relationnels dans l'efficacité de la prescription de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent. Cette composante psychologique est aussi désignée comme « effet placebo » ou « effets non-spécifiques » en recherche clinique.

Méthode. – Cette revue narrative synthétise des données épidémiologiques, des résultats d'essais cliniques et des travaux de psychologie expérimentale concernant les facteurs relationnels influençant le niveau de réponse aux psychotropes en population pédiatrique.

Résultats. – Les résultats de la littérature ont été intégrés dans un modèle théorique adapté aux spécificités de la prescription en pédopsychiatrie, inspiré par la théorie des systèmes et la psychologie du développement. Ce modèle interactionniste médecin-malade-parent insiste sur les liens entre les représentations préexistantes autour de la prescription (conscientes ou non) entre parents et enfant, et leurs influences sur les croyances et attitudes concrètes vis-à-vis du médicament.

Discussion. – Les représentations autour du médicament sont influencées par des facteurs liés aux enjeux développementaux et des expériences de vie parentales, qui peuvent être abordés en consultation pour en moduler les effets. Le prescripteur joue un rôle essentiel pour accueillir ces représentations, aider à élaborer leurs significations. Des exemples cliniques sont présentés pour illustrer la façon dont ces représentations s'expriment au cours des prises en charge.

Conclusions. – Les recommandations de bonne pratique doivent tenir compte de l'importance des aspects relationnels à toutes les étapes prescription de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent pour en maximiser les effets potentiels.

© 2025 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A B S T R A C T

Objectives. – This article examines how relational aspects contribute to the effectiveness of prescribing psychotropic drugs to children and adolescents. This psychological component is often referred to as the “placebo effect” or “non-specific effects” in clinical research.

Method. – This narrative review synthesizes data from epidemiological studies, clinical trials, and experimental psychology regarding the relational factors that influence response levels to psychotropic medications in the pediatric population.

Keywords:

Placebo
Doctor-patient relationship
Doctor-patient communication
Clinical trial
Therapeutic alliance

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xavier.benarous@aphp.fr (X. Benarous).

Results. – The literature findings have been integrated into a theoretical model inspired by systems theory and developmental psychology. This interactionist model emphasizes the connections between the pre-existing perceptions of medication held by parents and children, and how these perceptions influence their beliefs and attitudes toward medication.

Discussion. – Representations of medication are shaped by developmental issues and parental life experiences. These factors can be addressed during consultations to mitigate their effects. The prescriber has a crucial role in acknowledging these representations and assisting in their interpretation. Clinical examples are provided to illustrate how these representations manifest during treatment.

Conclusions. – Guidelines for best practices must consider the significance of relational factors at every stage of prescribing psychotropic medications to children and adolescents to optimize their therapeutic effects.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Dans cet article, nous examinons la contribution des aspects relationnels autour de la prescription de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent. Après avoir rappelé quelques informations générales sur la prescription de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent (section 2), nous verrons comment les essais cliniques randomisés ont permis de mettre en évidence l'importance des effets non spécifiques (ou placebo) dans l'efficacité de ces traitements (section 3). Si l'effet placebo est perçu par les méthodologistes comme un biais à réduire pour déterminer la pure efficacité de la molécule, dans une perspective de soin, mieux comprendre ces déterminants permettrait de garantir les meilleures chances d'une amélioration clinique. Nous avons fait l'hypothèse que les différentes représentations autour du médicament contribuent à façonner les attentes du jeune patient, de sa famille et du médecin, et influencent, consciemment ou non, les aspects relationnels des soins (sections 4 et 5). Nous examinerons finalement comment une plus grande attention à ces aspects relationnels permet de réfléchir aux conditions d'une bonne pratique de prescription de psychotrope chez l'enfant et l'adolescent (section 6).

2. Généralités sur la prescription de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent

Selon les données de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), en 2023, 81 jeunes entre 12 et 25 ans sur 1000 en France étaient concernés par un remboursement de psychotrope [1]. Les traitements les plus prescrits sont les anxiolytiques (67 %), suivis des antidépresseurs (41 %), des antipsychotiques (19 %), des hypnotiques (15 %) et enfin les psychostimulants (9 %).

Une augmentation des prescriptions de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent est observée en France et plus globalement à l'échelle internationale, avec une tendance à l'accélération depuis la crise de la COVID [2,3]. La comparaison des données annuelles de la CNAM retrouve entre 2019 et 2023 une évolution de +18 % du nombre de remboursements de psychotropes chez les jeunes entre 12 et 25 ans. Cette augmentation est plus marquée pour les filles et pour la tranche d'âge des 12–15 ans. Si cette dynamique s'observe dans toutes les catégories de psychotropes, elle est plus importante pour les psychostimulants (environ +10 % chaque année), sachant que, en France, ces derniers étaient moins prescrits que dans d'autres pays occidentaux [4].

Près de deux tiers des prescriptions de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent sont réalisés par un médecin généraliste [1], suivi par les médecins hospitaliers le plus souvent pédiatres. Quant aux prescriptions réalisées par des psychiatres, on ne connaît pas leur niveau de formation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les prescriptions de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent se font majoritairement hors Autorisation de Mise sur

le Marché, à des fréquences globalement comparables à celles des autres médicaments prescrits en pédiatrie (soit près de 30–60 % d'entre elles) [5,6].

Si les taux de prescription suscitent régulièrement des débats en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les questions relatives à l'observance restent relativement peu étudiées. L'étude de Edgcomb and Zima [7] retrouve qu'une mauvaise observance chez près d'un tiers des jeunes souffrant de troubles psychiatriques sévères présenteraient une mauvaise observance. Les principaux facteurs de risque rapportés dans l'étude étaient la sévérité des symptômes et l'existence de comorbidités psychiatriques, alors que l'attitude de la famille et du patient envers les soins et la participation à une psychothérapie avaient un effet protecteur.

Enfin, on peut rappeler que la notion d'observance englobe lui-même plusieurs concepts distincts [8,9] :

- l'adhérence : dans quelle mesure le patient respecte les accords ;
- la compliance : dans quelle mesure le patient suit les recommandations du prescripteur ;
- la concordance : dans quelle mesure le patient et le praticien sont d'accord sur le traitement ;
- la persistance : dans quelle mesure le patient persiste à prendre le médicament.

3. Effet placebo

Les essais cliniques randomisés contre placebo restent la méthode de référence pour déterminer l'efficacité d'un médicament au cours de son développement [10]. L'effet placebo correspond à l'amélioration observée dans le groupe de sujets qui reçoit un traitement sans principe actif mais équivalent en tout point (même galénique, même posologie, éventuellement mêmes effets indésirables). L'importance de cet effet placebo est particulièrement significative dans les essais cliniques réalisés afin d'évaluer l'efficacité de psychotropes en population pédiatrique [11–13].

Cet effet est particulièrement important dans le cas des traitements antidépresseurs, avec un taux de réponse au placebo d'en moyenne 49 % pour la réduction de la sévérité clinique mesurée par le clinicien et de 26 % en cas d'utilisation de mesure d'auto-évaluation des symptômes [13,14]. Ces taux sont plus importants en population pédiatrique que chez l'adulte [12]. La méta-analyse de Cipriani, Zhou [15] montre par exemple que seule la fluoxétine parmi les 14 traitements antidépresseurs étudiés présente une légère supériorité par rapport au placebo.

Les autres facteurs associés à une contribution plus importante de l'effet placebo dans les essais cliniques de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent sont [13,14,16] :

- facteurs cliniques : le type de trouble psychiatrique : internalisé > externalisé. Parmi les troubles internalisés : trouble dépres-

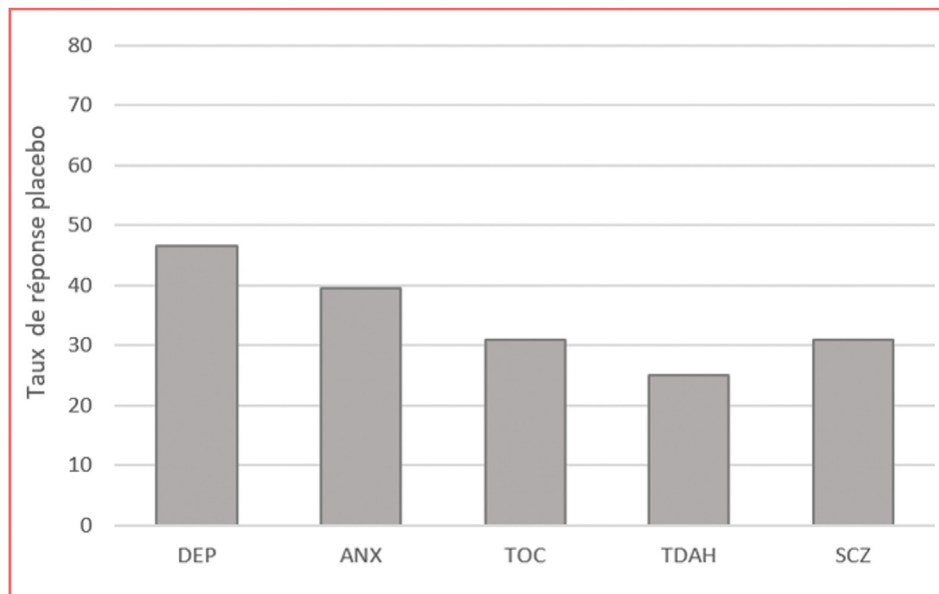


Fig. 1. Variations du taux de réponse au placebo moyen dans les essais cliniques randomisés contre placebo réalisés chez l'enfant et l'adolescent selon le trouble psychiatrique concerné (d'après Parellada, Moreno [11]). DEP : troubles dépressifs ; ANX : troubles anxieux ; TOC : troubles obsessionnels compulsifs ; TDAH : trouble déficit de l'attention avec/sans hyperactivité ; SCZ : schizophrénie.

sif > trouble anxieux > trouble obsessionnel compulsif (Fig. 1). Une durée plus courte et une sévérité moins importante des symptômes ;

- facteurs influençant la qualité méthodologique de l'essai : une durée totale de l'étude plus longue, un nombre plus élevé de sites d'inclusion, type de financement (lié à l'industrie > financement publique) ;
- facteurs sociodémographiques comme le genre féminin et un plus jeune âge sont parfois (mais pas toujours) retrouvés comme influençant la réponse au placebo. De même, le fait d'appartenir à une minorité ethnique, sans que l'on sache si cela est sous-tendu par la fréquence des situations d'adversité rencontrées ;
- facteurs culturels : on peut par exemple citer l'article d'Eisenegger, Naef [17] qui montre que les effets d'une prise unique de testostérone sur les comportements relationnels est très largement influencé par la connaissance par les participants de l'hormone prise.

4. Mécanismes impliqués

4.1. Modèles proposés dans la littérature

Les mécanismes les plus souvent mentionnés dans la littérature pour rendre compte de l'effet psychologique associé à la prescription médicamenteuse sont l'existence d'attentes positives vis-à-vis du traitement, un conditionnement comportemental et la qualité de la relation de soin médecin-patient [18,19]. La Fig. 2 schématise le modèle de compréhension basé sur la théorie de l'apprentissage pour rendre compte de l'effet placebo. Ce modèle implique deux temps. D'abord, un apprentissage opérant sur la base de l'association du stimuli « médicament » initialement neutre qui est rattaché à des stimuli aversifs (–) ou appétitifs (+) en fonction des expériences de l'individu. Puis, au moment de la prise du traitement, la réponse conditionnée se traduit par une augmentation de la probabilité de voir émerger les sensations qui confirment les attentes perceptives (soit positive : effet placebo, soit négative : effet nocebo). Ce modèle a largement été appliqué à la compréhension de l'effet placebo dans le traitement de la douleur, des symptômes somatoformes, en psychiatrie et en neurologie chez l'adulte [18], puis dans un second temps en population pédi-

atrique [12,13]. Les structures cérébrales impliquées dans cet effet semblent être distinctes selon le type de symptômes concernés, par exemple la douleur ou les symptômes parkinsoniens, comme le montrent Benedetti et Amanzio [20].

En vue de potentialiser l'effet placebo en pratique clinique, Enck et Bingel [18] mentionnent l'importance de pouvoir discuter avec les patients de leurs attentes de façon positive et réaliste. De nombreux auteurs insistent sur l'importance de la qualité de la relation médecin-malade et citent l'étude de Kaptchuk, Kelley [21] qui retrouve une augmentation de 42 % à 82 % de l'effet placebo chez des adultes qui présentent un syndrome de l'intestin irritable en fonction du style relationnel du médecin (distant/technique vs. empathique/chaleureux). Des interventions brèves de psychoéducation et d'inspiration cognitivo-comportementale ont pu être proposées en vue de renforcer les attentes positives, par exemple pour des jeunes avec des troubles de l'humeur afin d'encourager l'adhésion au traitement [22,23].

Pour rendre compte de l'importance des effets non spécifiques dans les essais cliniques conduits chez les adolescents déprimés, Cohen [24] évoquait la possibilité d'une « composante psychothérapeutique » aux consultations ayant lieu dans le cadre d'essai clinique. En effet, la fréquence rapprochée des consultations, l'évaluation consciencieuse des symptômes, l'attention donnée au consentement aux soins pourraient contribuer à renforcer la satisfaction du patient, mais aussi rendre compte d'un engagement du clinicien. Les manifestations d'un intérêt par le médecin pour la détresse dépressive du jeune peuvent alors être perçues par celui-ci comme une forme de reconnaissance ou d'authentification de sa détresse, validant la légitimité de son expression, et, au final, renforçant l'investissement positif de la relation de soin. Sur la base d'une revue d'essai clinique dans la dépression pédiatrique, Rutherford, Sneed [25] montrent que le lien entre la fréquence des contacts avec un thérapeute et l'effet placebo est plus nettement marqué pour les adolescents que pour les enfants.

4.2. Modèle intégratif triadique

La prescription à un mineur nécessite de recueillir l'adhésion du jeune mais aussi de ses deux parents, et donc de tenir compte d'attentes nécessairement distinctes et potentiellement contradic-

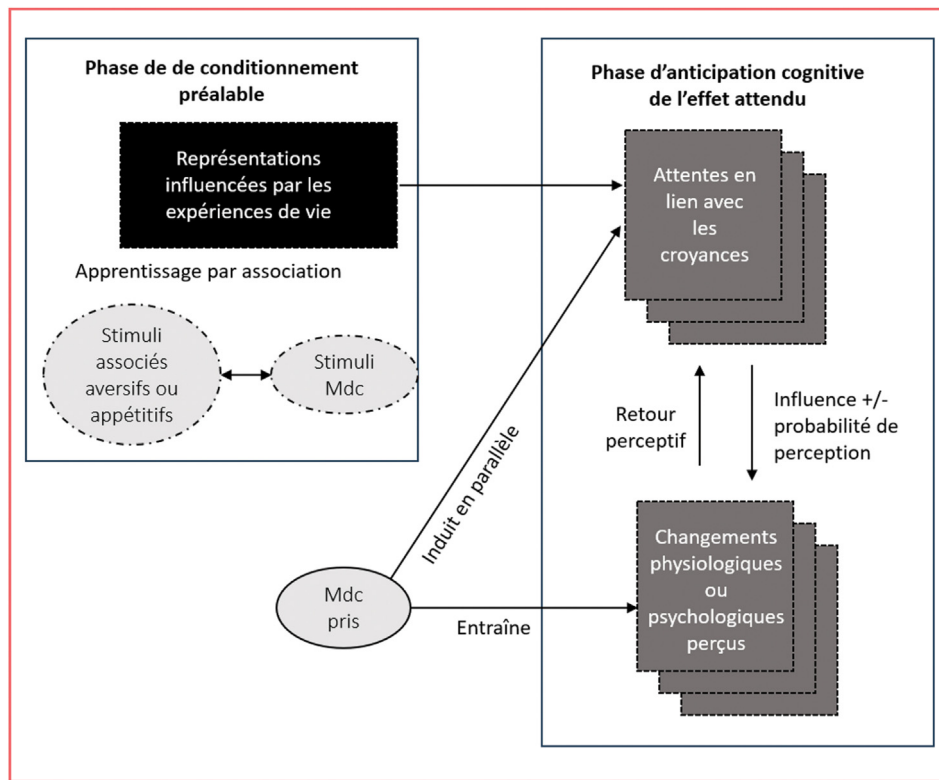


Fig. 2. Modèle cognitif d'apprentissage classiquement décrit pour rendre compte de l'effet placebo. Mdc : Médicament.

toires. Les attentes de chacun vis-à-vis du médicament sont issues de représentations en lien avec les expériences de vie de chacun et qui impliquent plus généralement la santé mentale (Fig. 3). Comprendre comment les représentations du jeune se sont construites dans son milieu, partagées, voire transmises entre les générations est par ailleurs au cœur du travail de la relation de soins en pédopsychiatrie, quelle que soit l'approche théorique privilégiée (ex : comportemental, cognitive, attachement, systémique, psychanalyse). On peut faire l'hypothèse qu'une attention particulière aux aspects de communication familiale et aux interactions parent-enfant permet au clinicien de voir comment s'exprime *autour* de la prescription ces représentations et de pouvoir leur donner une réponse adaptée à différents niveaux qui, *in fine*, améliore l'alliance thérapeutique.

La psychopathologie développementale permet d'éclairer les transactions autour du médicament non seulement au moment de la prescription, mais tout au long du suivi. On peut faire l'hypothèse que la valeur attribuée au médicament va dépendre non seulement de ces effets biologiques, mais également de la prescription elle-même et de la façon dont elle réactive des enjeux relationnels en lien avec les conflits intrapsychiques et interpersonnels inhérents au développement du jeune. En cela, l'investissement du médicament serait marqué d'une ambivalence fondamentale. Par exemple chez l'adolescent le contexte de la prescription viendrait réactualiser la série de paradoxes auxquels il fait face (désir d'autonomie malgré une dépendance persistante, recherche de soutien affectif et prise de distance des figures familiales, tentative d'être unique tout en maintenant l'alliance avec le groupe) [26].

Enfin, puisqu'en pédiatrie le médicament s'inscrit dans le cadre d'une relation de soin triangulaire médecin-malade-parent, nous proposons un modèle dans lequel le médicament apparaît comme un objet concret dont la valeur symbolique est en partie liée aux projections de la qualité de la relation triadique qui va évoluer en fonction des aléas des soins (Fig. 3).

Ce modèle a deux implications. D'une part, le clinicien joue un rôle essentiel pour accompagner les représentations positives ou négatives du médicament dans un travail d'élaboration de l'ambivalence. Les interventions visant à délivrer des informations fiables sont nécessaires et répondent à une obligation médico-légale, mais les échanges avec la famille et le jeune doivent aussi être une opportunité pour le jeune et sa famille d'évoquer des inquiétudes liées aux médicaments et en particulier des angoisses plus sourdes qui s'y rattachent (sur la maladie, l'évolution, la peur de la dépendance, la crainte d'effets secondaires très médiatisés comme la prise de poids ou la sédation...). L'investissement du traitement médicamenteux par le jeune et sa famille va donc aussi dépendre de qualités du clinicien (son tact et sa sensibilité) pour se saisir de ces opportunités d'échange.

D'autre part, ce modèle permet de tenir compte de la place des représentations du médecin sur le médicament dans des mouvements contre-transférentiels qui peuvent nourrir des attitudes positives ou négatives sur les soins.

Si les effets placebos sont aussi décrits chez l'animal ou chez le nourrisson [20], c'est-à-dire dans des contextes où le système de représentations est absent ou immature, cela montre l'importance des phénomènes de conditionnement (présenté Fig. 2) en lien avec les aspects concrets de la relation médecin-malade (décrits comme les « Attitudes » dans la Fig. 3, et renvoyant aux aspects comportementaux).

L'applicabilité de ce modèle doit tenir compte de plusieurs limites. D'abord, les jeunes qui présentent des difficultés cognitives ou de communication, comme les jeunes avec des troubles du neurodéveloppement, sont de fait moins sollicités dans le processus de prise de décision [27]. Ce modèle peut aussi paraître un peu idéalisé puisqu'il postule la présence de parents acteurs dans la prise en charge du jeune. On peut par exemple se questionner sur les implications de positionnements distincts, voir contradictoires, entre parents et référents de l'Aide Sociale à l'Enfance. Enfin,

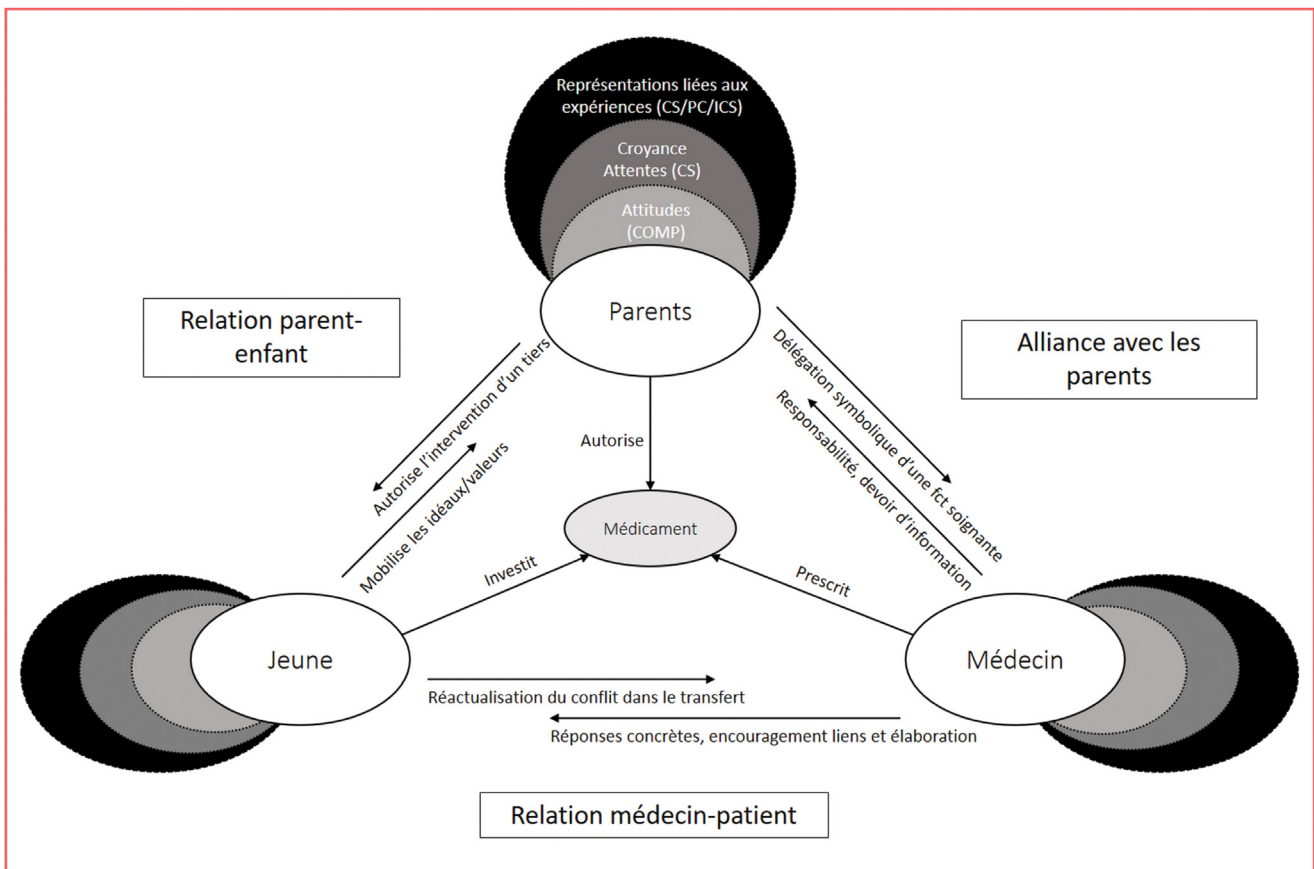


Fig. 3. Modèle de compréhension dynamique des représentations qui influencent la relation de soins dans l'efficacité des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent. COMP : comportemental ; CS : Conscient ; PC : Préconscient ; ICS : Inconscient. Dans la section relative aux « Représentations » en noir on pourrait mentionner parmi les plus fréquentes : Pour le médecin : « identité professionnelle », « espoir d'amélioration », « crainte d'effets indésirables ». Pour le jeune : « crainte de la dépendance », « maladie chronique », « problème lié au cerveau ». Pour les parents : « addiction », « culpabilité et impuissance ».

si ce modèle se centre sur les aspects psychologiques et de la dynamique interactive parent-enfant, cela, ne doit pas occulter l'importance des aspects environnementaux « macroscopiques » de type socio-culturel ou politique influençant les attentes vis-à-vis des médicaments et les comportements de santé. Ainsi, les enjeux autour de l'autonomisation à l'adolescence se traduisent selon les cultures de façon différente en termes de degré de liberté dans la prise de décision ou au contraire de contraintes transmises par le groupe familial.

5. Quelques exemples de représentations autour du médicament

Examinons quelques représentations autour du médicament fréquemment rapportées en consultation.

5.1. Du côté du jeune

Le plus souvent le jeune ne demande rien. L'investissement du traitement médicamenteux peut se faire avec une forme de dédain, voire ambivalence (« *Je pense qu'il n'y a rien qui puisse m'aider mais je veux bien essayer si ça doit m'aider* » Lottie, 14 ans). La perspective de prendre un médicament renvoie nécessairement le jeune à la question de la maladie dont il souffre. Le médicament est assimilé à la maladie et donc au monde des adultes [28]. En cela, les efforts plus ou moins évidents de l'entourage et parfois des soignants pour le réassurer sont parfois contre-productifs et alimentent une forme de méfiance. Au contraire, l'hypothèse diagnostique quand elle est expliquée permet d'aider le jeune à rendre compte d'une singularité.

Parfois au contraire chez certains adolescents, le médicament permet une validation du statut de souffrant vis-à-vis des adultes de l'entourage qui auraient tendance à banaliser (« *Mon père ne croyait pas que j'étais vraiment déprimée jusqu'à ce qu'on me prescrive l'antidépresseur* » Madeleine, 17 ans)

Si le médicament témoigne d'une maladie, et donc dans l'imaginaire commun d'une lésion (psychologique ou cérébrale), le médicament peut alors donner l'impression de venir figer une détresse qui est vécue par le jeune sur un mode dynamique et relationnel (« *Cela ne servira à rien, moi ça va, c'est mon père qu'il faut aider* » Margot, 13 ans). Sur un registre proche, la prescription peut être perçue comme une tentative d'évitement voir de fuite relationnelle du médecin par le jeune. La réactivation d'anxiété abandonnique et de vécu de rejet peut donner l'impression au jeune que le médicament est une manière de ne pas tenir compte d'une détresse trop insupportable à entendre selon lui pour son entourage.

Le médicament est parfois perçu comme une tentative de normalisation, en particulier en cas de troubles du comportement. Le médicament donne alors l'impression d'être l'instrument d'un médecin bras armé de la société (famille, école) qui assure son rôle de contrôle social (« *Je sais bien que votre traitement est une camisole chimique. Je n'en veux pas* » Bruno, 12 ans). Impression renforcée quand la prise d'un traitement est évoquée par les adultes sur un mode punitif (« *Je lui donne le traitement quand il devient insupportable* »).

Un vécu de culpabilité du jeune associé à des difficultés à conflictualiser peut se traduire par une grande passivité dans la relation de soin avec une soumission apparente à toute proposition du thérapeute. Une faible observance peut être longtemps masquée par

des réponses complaisantes entretenues par la crainte de décevoir les adultes (parents et/ou soignants). Ces mensonges peuvent venir renforcer une surveillance parentale qui accroît encore la culpabilité du jeune.

Enfin, l'expérience phénoménologique d'un mieux-être (après la prise d'un psychostimulant ou d'un anxiolytique) peut parfois être vécue avec une forme d'étrangeté, puisqu'il induit finalement artificiellement un état différent qui peut être l'occasion d'une prise de perspective sur soi « *Je sais plus si c'est une expérience normale ou pas . . .* » (un jeune patient de 17 ans hospitalisé pour épisode maniaque). Cet effet de dédoublement Soi malade/Soi actuel peut favoriser l'engagement dans une réflexion sur soi. (« *Je fais plus de bêtises, je me reconnais plus* » Timéo, 10 ans).

5.2. Du côté des parents

L'existence d'affect de culpabilité chez les parents est quasiment la règle avant toutes prescriptions. Le recours à une aide extérieure témoigne de l'impuissance à pouvoir aider leur enfant par eux-mêmes contredisant le sens commun. Parfois, éviter cette situation de rencontre avec le médecin peut témoigner de la fragilité narcissique plus marquée d'un des parents ou de ses difficultés à exprimer un avis contradictoire ou relever d'une forme de déni (« *Mon mari ne viendra pas il ne croit pas à ces choses-là* » mère de Lelio, 15 ans). Parfois cette culpabilité s'entend sous forme d'injustice ou d'une rivalité contre le parent absent (« *Pourquoi je devrais venir alors que mon mari ne vient jamais* » mère de Hubert, 15 ans).

De façon quasiment systématique, les parents évoquent une crainte que le médicament puisse créer une addiction. On peut se demander si cette crainte de ne plus pouvoir se passer du médicament ne concerne pas plus globalement les soins. La prescription fait craindre que le jeune rentre dans le circuit de la maladie mentale et qu'il n'en sorte plus, venant confirmer les prophéties les plus négatives. Il n'est pas rare qu'on retrouve dans l'arrière-plan familial l'ombre projetée d'un aïeul, parfois un grand-père, simplement avec un antécédent de trouble psychiatrique chronique qui rend compte de cette croyance. La figure d'un apparenté qui a présenté une maladie mentale ouvre habituellement la discussion sur la forme que prennent les symptômes de détresse pour un individu et dans une famille donnée. Clinicien et parents peuvent se questionner sur les effets de l'atavisme familial (par exemple, pour les troubles du neurodéveloppement ou la vulnérabilité aux conduites suicidaires) ou le possible rôle des explorations identitaires et des symptômes d'emprunt. (« *Où ça ? à l'unité Henri Ey ? C'est à Pinel ça ? [CHS de secteur historiquement associé à l'asile] Je ne sais pas si on vous a dit que son père y a été pendant deux mois cet été . . . Non Béatrice n'est pas au courant* »).

Parfois, le diagnostic et la prescription sont à la fois craints, mais aussi recherchés par les parents. L'autorité médicale et ses classifications permettent de rendre compte d'un comportement qui est finalement mal compris autrement. Les difficultés pour les parents à déchiffrer les enjeux relationnels et les expressions émotionnelles du jeune sont parfois au cœur de leur problématique (problématique d'attachement avec mauvaise sensibilité parentale et difficultés d'insight) ou bien se sont rajoutées après la survenue des difficultés du jeune (plaintes dépressives sur des modalités psychosomatiques) (« *Je comprends pas Docteur pourquoi il a encore des angoisses puisqu'il y a le médicament* » mère de Mathéo, 8 ans) (« *On se demande si c'est pas de la bipolarité, un coup c'est un ange et l'autre . . .* »)

Des croyances culturelles plus atypiques autour du traitement et de l'acte de soin peuvent apparaître, en particulier dans les familles issues de minorités [29]. Les familles d'adolescents hospitalisés pour des décompensations psychiatriques sévères (catatoniques, maniaques) peuvent régulièrement exprimer le souhait de poursuivre des soins traditionnels en hospitalisation en parallèle des

soins médicaux [30]. Enfin, on peut rapporter le cas de ce père d'un jeune garçon autiste avec retard sévère de développement de 8 ans, venu en France pour les soins de son fils et depuis toujours très impliqué dans les soins, expliqué qu'il a pris le traitement par aripiprazole prescrit à son fils pendant 2-3 jours pour s'assurer de son innocuité avant de lui donner.

Enfin, les jeunes placés en famille d'accueil ou en foyer sont aussi confrontés aux désirs de leurs éducateurs. La prise du traitement médicamenteux est alors souvent associée par les professionnels à des représentations positives autour d'une forme de maturité et de prise d'autonomie. Des encouragements trop insistants peuvent alors susciter des crispations quand ils empiètent la liberté du jeune et son besoin de contrôle.

5.3. Du côté du médecin

L'acte de prescription est au cœur de l'identité médicale. C'est parfois dans certaines institutions la pratique professionnelle qui le différencie d'un psychologue. Demander un avis sur une indication de traitement médicamenteux peut être une façon de demander sans équivoque un avis spécialisé à des pédopsychiatres souvent peu nombreux et débordés. D'autre fois, ce sont les institutions qui accompagnent un jeune aux urgences (« *pour un traitement* ») quand des difficultés émotionnelles débordent de toutes parts et qu'il est utile de mobiliser un tiers qui peut être l'équipe des urgences pédiatriques. Le médicament devient alors le sésame pour justifier l'orientation vers une structure médicalisée d'urgence [31].

Acculé de toutes parts, la prescription peut aussi être une façon de maintenir l'illusion de faire quelque chose, avec parfois la crainte de se laisser envahir par le vécu d'impuissance de l'environnement [32]. Le risque peut alors être une surenchère de prescription dans une recherche de maîtrise, parfois en miroir du fonctionnement psychologique du jeune et son entourage. Dans certaines situations, le clinicien peut être réticent à prescrire de crainte d'induire une passivité [33], voire une relation d'emprise mimant la dynamique familiale [34].

La mise en place d'une prescription pose la question pour le clinicien de son objectif, et d'une certaine façon, de ses attentes et de ses idéaux. On observe très fréquemment chez les psychiatres moins expérimentés un malentendu. Si le prescripteur prend pour objectif « *de soulager la souffrance de son patient* », il risque de rencontrer des écueils importants quand il butte sur la persistance de symptômes résiduels qui peuvent avoir une fonction adaptative (dépressivité propre à l'adolescence, agressivité bien canalisée comme forme d'affirmation de soi). Le mantra freudien (« *aimer et travailler* ») reste alors une boussole utile pour poursuivre l'accompagnement en aidant à distinguer anxiété pathologique et anxiété développementale. Il n'est pas rare que le clinicien soit pris dans un mouvement discordant (« *ça n'est pas grave, c'est tout à fait normal, mais je vais augmenter votre traitement* »).

Enfin, il faut mentionner les situations où le médicament est justement détourné pour devenir un moyen pour le jeune de mettre en acte son scénario suicidaire. Il est sûrement utile pour le clinicien et l'équipe de soins concernée de reconnaître la dimension agressive qui existe dans ces gestes afin d'éviter son expression mal canalisée par les professionnels qui risquent d'affecter la relation de soin (rupture de soin avec demande de changement d'équipe, découragement thérapeutique). Utiliser l'objet justement proposé par les professionnelles de santé pour se blesser donne la mesure de la façon dont le vécu de désespoir et d'hostilité colorent toutes relations, et a fortiori la relation de soin (« *Cela ne sert à rien, de toute façon ma mère a essayé, l'école a essayé, je ne veux pas aller mieux* » Betty, 15 ans).

6. Principe d'une prescription intégrative

Nous discuterons ici de quelques principes utiles pour rester attentifs aux aspects relationnels de la prescription de psychotropes chez l'enfant et l'adolescent. Les autres recommandations plus générales sur les conditions de prescription chez l'enfant et l'adolescent ont été décrites ailleurs [10,35].

6.1. Avant la prescription

Le principe de position initiale de précaution quant à la prescription de psychotropes mentionné par Gutton [36] s'impose chez l'enfant et l'adolescent.

L'objectif de ce temps préalable est :

- de proposer une (ou des) hypothèse(s) diagnostique(s) qui rende(nt) compte des difficultés du jeune, à la fois passé et actuel. Cette annonce implique une certaine prudence quant au risque évolutif. Il peut être nécessaire d'informer de l'absence de certains diagnostics ;
- de transmettre des informations claires sur le médicament, l'efficacité attendue, les effets indésirables éventuels, les modalités de prescription en se basant sur des recommandations de bonnes pratiques [35] ;
- d'évoquer les différentes options thérapeutiques en renforçant autant que possible le sentiment de liberté dans la prise de décision (même si cela paraît anodin comme les préférences du patient pour la galénique ou l'heure de prise) ;
- de discuter des attentes et questionnements des parents en lien avec les différentes représentations comme détaillé plus haut ;
- de discuter des attentes et questionnements du jeune, en ciblant 1–2 symptômes les plus gênants, et en identifiant des objectifs sur le plan fonctionnel (ex : scolarité, relation social, fréquence des crises).

Ce temps doit encourager des réflexions de nature psychothérapeutique autour de l'ambivalence et soutenant la coexistence de représentations distinctes entre les personnes (médecins/parents/jeune) et parfois chez un individu. La possibilité d'une conflictualité tranquille et respectueuse contribue à l'émergence d'une relation authentique dont va dépendre l'adhésion et l'observance. Certaines attitudes paradoxales inspirées des thérapies systémiques peuvent aussi être intéressantes pour mobiliser des identifications rigides qui favorisent la passivité « *Je pense que tu n'es pas encore prêt pour le médicament* ».

En cas de prescription dans un contexte d'urgence, il faut bannir toute prescription qui implique une prise sur la durée (antidépresseur, thymorégulateur, psychostimulant). Même si le diagnostic est évident, une prescription hâtive risque d'être peu investie avec des conséquences en termes d'observance ou d'interruption brutale. Dans ces contextes, il est toutefois très utile de proposer un traitement d'appoint (ex : anxiolytique, mélatonine) qui apporte un soulagement rapide sur un symptôme (anxiété, sommeil) et qui pourra être arrêté rapidement le temps de rediscuter de la pertinence d'un traitement de fond.

6.2. L'acte de prescription

Concernant les enjeux relationnels, il est utile de rappeler que l'acte de prescrire inclut non seulement les médicaments, mais aussi les psychothérapies (quelle qu'en soit la nature), les rééducations, et les orientations en hospitalisation. La mise en place d'un projet de soins peut alors impliquer un plan de crise dans lequel le médicament peut jouer un rôle. Dans cette perspective, la « crise » n'est plus seulement un événement redouté dont on espère la disparition, mais peut être anticipé avec le jeune et son entourage pour

les aider à restaurer un sentiment de contrôle. Plusieurs auteurs ont décrit l'intérêt de discuter du médicament comme une opportunité de rétablir des potentialités de l'individu, autrement contraintes par les symptômes (ruminations envahissantes, inhibition) en résonance avec les enjeux d'individuation [34]. Inclure la prise d'un traitement anxiolytique dans un plan de crise peut aussi permettre aux patients inhibés de faire savoir à leur entourage qu'ils vont mal, sans partager immédiatement le contenu de leur préoccupation qui serait d'emblée vécu comme trop intrusif et menaçant.

6.3. Au fil du suivi

On peut mentionner l'importance au cours du suivi :

- d'évaluer régulièrement la tolérance du traitement médicamenteux, en posant des questions précises sur les effets indésirables les plus fréquents et graves, ou en prescrivant des examens de surveillance en fonction des recommandations ;
- de formuler les questions autour de l'observance de façon à ce que le jeune se sente à l'aise pour répondre de façon authentique (ex : « *Combien de fois tu arrives à le prendre par semaine ?* ») ;
- d'évoquer la perspective du traitement (durée estimée, période d'arrêt) en lien avec les recommandations adaptées ;
- de recommander et suivre la mise en place d'un soin non-médicamenteux.

Il est utile de garder en tête que, comme tout traitement en pédiatrie, les écarts éventuels (diminution des doses, oubli) ne sont pas toujours de mauvais signes, en particulier à l'adolescence [9]. Si des auteurs comme Jeammet ont insisté sur le rôle du médicament pour faciliter l'accès à des psychothérapies (perspective bifocale), on peut se demander avec André Green [37] si le fait que le médecin soit à la fois psychothérapeute et prescripteur n'est pas plutôt une chance. Ainsi, les transactions autour du médicament peuvent aussi être interprétées dans leurs résonances psychothérapeutiques, pour peu qu'on veuille bien les entendre et y répondre à un niveau qui ne soit pas qu'exclusivement concret.

7. Conclusion

Dans cet article, nous avons discuté des mécanismes qui rendent compte de l'importance de la composante non spécifique de l'effet des psychotropes mis en évidence dans les essais cliniques chez l'enfant et de l'adolescent. Le modèle cognitif traditionnellement évoqué pour expliquer l'effet placebo a été complété pour rendre compte 1) des influences des représentations entre le jeune et sa famille en lien avec leur histoire de vie, 2) de la façon dont ces représentations font écho aux enjeux psychopathologiques liés aux stades de développement, 3) du rôle du médecin pour accueillir ces inquiétudes et aider à l'élaboration des significations afin de développer une relation de soins plus authentique, et 4) de l'influence des aléas de la relation médecin-malade-parent sur les attitudes en lien avec les prescriptions (acceptation, observance). La compréhension de cette dynamique nous semble utile pour utiliser au mieux cette composante relationnelle de l'acte de prescription dans les soins.

Financement

Aucun.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Ce travail a d'abord été présenté sous forme d'une intervention orale à la Journée de novembre 2023 de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent & disciplines associées (SFPEADA) « *Touche pas à mon éthique !* ».

Références

- [1] CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Les médicaments psychotropes chez les adolescents et jeunes adultes (12-25 ans); 2023 [Mise à jour données 2023].
- [2] Hälfddánarson Ó, Zoëga H, Aagaard L, Bernardo M, Brandt L, Fusté AC, et al. International trends in antipsychotic use: a study in 16 countries, 2005-2014. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017;27(10):1064–76, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.07.001>.
- [3] Valtuille Z, Acquaviva E, Trebossen V, Ouldali N, Bourmaud A, Sclison S, et al. Psychotropic medication prescribing for children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2024;7(4):e247965–70, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.7965>.
- [4] Raman SR, Man KKC, Bahmanyar S, Berard A, Bilder S, Boukhris T, et al. Trends in attention-deficit hyperactivity disorder medication use: a retrospective observational study using population-based databases. *Lancet Psychiatry* 2018;5(10):824–35, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30293-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30293-1).
- [5] Winterfeld U, Le Heuzey MF, Acquaviva E, Mouren MC, Brion F, Bourdon O. Utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) des psychotropes en pédiatrie: une étude prospective. *Arch Pediatr* 2009;16(9):1252–60, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2009.06.012>.
- [6] Bräuner JV, Johansen LM, Roesbjerg T, Pagsberg AK. Off-label prescription of psychopharmacological drugs in child and adolescent psychiatry. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36(5):500–7, <http://dx.doi.org/10.1097/JCP.0000000000000559>.
- [7] Edgcomb JB, Zima B. Medication adherence among children and adolescents with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2018;28(8):508–20, <http://dx.doi.org/10.1089/cap.2018.0040>.
- [8] Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, therapeutic observance and therapeutic adherence: what do we speak about? *Rev Mal Respir* 2005;22(1 Pt 1):31–4, [http://dx.doi.org/10.1016/s0761-8425\(05\)85433-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0761-8425(05)85433-6).
- [9] Alvin P, Marcelli M. La question de l'observance à l'adolescence. In: Masson, editor. *Médecine de l'adolescent*, 2^e édition. Paris: Coll. Pour le praticien; 2005.
- [10] Lorberg B, Davico C, Martsenkovskiy D, Vitiello B. Principles in using psychotropic medication in children and adolescents. In: Rey JMMA, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2019.
- [11] Parellada M, Moreno C, Moreno M, Espliego A, de Portugal E, Arango C. Placebo effect in child and adolescent psychiatric trials. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012;22(11):787–99, <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.09.007>.
- [12] Weimer K, Gulewitsch MD, Schlarb AA, Schwille-Kiuntke J, Klosterhalfen S, Enck P. Placebo effects in children: a review. *Pediatr Res* 2013;74(1):96–102, <http://dx.doi.org/10.1038/pr.2013.66>.
- [13] Meister R, Abbas M, Antel J, Peters T, Pan Y, Bingel U, et al. Placebo response rates and potential modifiers in double-blind randomized controlled trials of second and newer generation antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-regression analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29(3):253–73, <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-018-1244-7>.
- [14] Cohen D, Consoli A, Bodeau N, Purper-Ouakil D, Deniau E, Guile JM, et al. Predictors of placebo response in randomized controlled trials of psychotropic drugs for children and adolescents with internalizing disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010;20(1):39–47, <http://dx.doi.org/10.1089/cap.2009.0047>.
- [15] Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 2016;388(10047):881–90, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30385-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30385-3).
- [16] Cohen D, Deniau E, Maturana A, Tanguy ML, Bodeau N, Labelle R, et al. Are child and adolescent responses to placebo higher in major depression than in anxiety disorders? A systematic review of placebo-controlled trials. *PLoS one* 2008;3(7):e2632, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0002632>.
- [17] Eisenegger C, Naef M, Snozzi R, Heinrichs M, Fehr E. Prejudice and truth about the effect of testosterone on human bargaining behaviour. *Nature* 2010;463(7279):356–9, <http://dx.doi.org/10.1038/nature08711>.
- [18] Enck P, Bingel U, Schedlowski M, Rief W. The placebo response in medicine: minimize, maximize or personalize? *Nat Rev Drug Discov* 2013;12(3):191–204, <http://dx.doi.org/10.1038/nrd3923>.
- [19] Forsberg JT, Martinussen M, Flaten MA. The placebo analgesic effect in healthy individuals and patients: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2017;79(4):388–94, <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0000000000000432>.
- [20] Benedetti F, Amanzio M. The placebo response: how words and rituals change the patient's brain. *Patient Educ Couns* 2011;84(3):413–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.034>.
- [21] Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336(7651):999–1003, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39524.439618.25>.
- [22] Goldstein TR, Krantz ML, Fersch-Podrat RK, Hotkowski NJ, Merranko J, Sobel L, et al. A brief motivational intervention for enhancing medication adherence for adolescents with bipolar disorder: a pilot randomized trial. *J Affect Disord* 2020;265:1–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.015>.
- [23] Sajatovic M, Levin JB, Modi A, McVoy M, Forthun LF, Cooley R, et al. Association between symptom severity and medication adherence in adolescents with bipolar disorder demonstrating suboptimal adherence. *Psychopharmacol Bull* 2023;53(3):8–21 [PMCID: PMC10434309].
- [24] Cohen D. Should the use of selective serotonin reuptake inhibitors in child and adolescent depression be banned? *Psychother Psychosom* 2007;76(1):5–14, <http://dx.doi.org/10.1159/000096360>.
- [25] Rutherford BR, Sneed JR, Tandler JM, Rindskopf D, Peterson BS, Roose SP. Deconstructing pediatric depression trials: an analysis of the effects of expectancy and therapeutic contact. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50(8):782–95, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.004>.
- [26] Erikson EH. *Identity: youth and Crisis*. New York: WW Norton & Company; 1994.
- [27] Lenoir P, Malvy J, Viaux S, Ledorze G, Damie D, Wissocq M. L'observance chez l'adolescent autistique et psychotique. In: Actes « Observance à l'adolescence ». Tours; 2002.
- [28] Delorme M. Prescription de psychotropes à l'adolescence. *Adolescence* 2014;32(4):865–75.
- [29] Bhugra D, Ventriglio A. Do cultures influence placebo response? *Acta Psychiatr Scand* 2015;132(4):227–30, <http://dx.doi.org/10.1111/acps.12422>.
- [30] Raffin M. Le syndrome catatonique chez l'enfant et l'adolescent. *J Fr Psychiatr* 2010;4(39):21–5.
- [31] Guedj-Bourdau MJ, Guilé JM, Garny de la Rivière S, Pace U, Cohen D, Benarous X. Unmet needs and classical pitfalls in the management of adolescents with behavioral problems in emergency. *Front Psychiatry* 2021;12:527569, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2021.527569>.
- [32] Basquin M. L'idéal du bien traiter. *Enfances & Psy* 1998;2:87–90.
- [33] Mille C, Misés R, Daroux J-L. Prescrire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatr Fr* 1994;25:66–72.
- [34] Jeammet P. Démystifier les psychotropes: un outil parmi d'autres. *Rev Fr Psychanalyse* 2002;66:423–31.
- [35] SFPEADA. Website for psychotropics prescription in children and adolescents. Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescents et Disciplines Associées; 2024 [<https://www.pharmacologie.sfpeada.fr>].
- [36] Gutton P. L'adolescent et le médicament. *Rev Int Psychopathol* 1996;21:195–212.
- [37] Green A. Chimiothérapie et psychothérapie : problèmes posées par les comparaisons de techniques chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques et leur association en thérapeutique psychiatrique. *Encéphale* 1961;31(4).