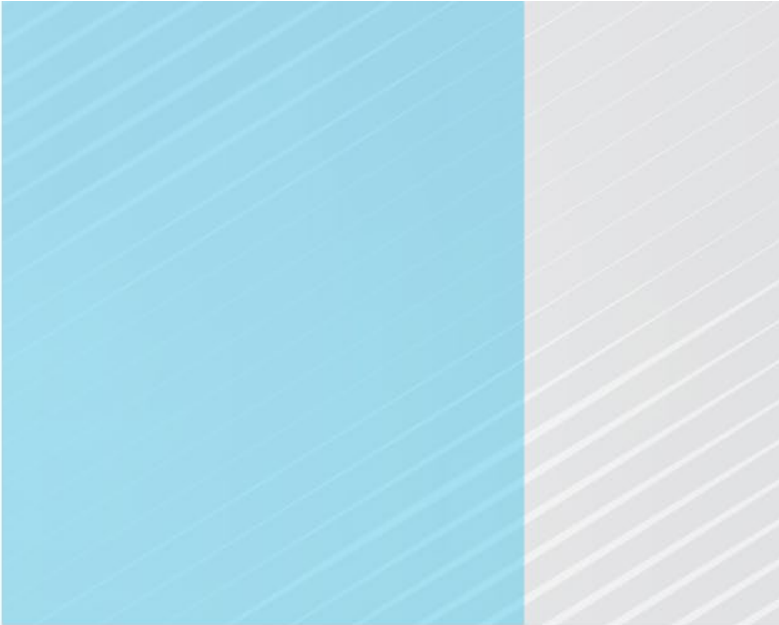


Traitement pharmacologique –
Trouble anxieux ou trouble
obsessionnel-compulsif chez les
jeunes de 12 à 17 ans

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Traitement pharmacologique – Trouble anxieux ou trouble obsessionnel-compulsif chez les jeunes de 12 à 17 ans

Rédaction

Mélanie Turgeon
Isabelle Dufort

Collaboration

Jolyane Blouin Bougie
Geneviève Duplain-Cyr
Benoit Laffont

Coordination scientifique

Marie-Claude Breton

Direction

Catherine Truchon
Ann Lévesque



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Mélanie Turgeon, B. Pharm, M. Sc.
Isabelle Dufort, Ph. D.

Collaboratrices et collaborateur internes

Jolyane Blouin Bougie, Ph. D.
Geneviève Duplain-Cyr, B. Pharm, M. Sc.
Benoit Laffont, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Marie-Claude Breton, Ph. D.

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Repérage de l'information scientifique

Renaud Lussier, Ph. D., M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodes, données et éthique

Claire-Marie Legendre, Ph. D.

Soutien administratif

Théodore Dubois

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Gilles Bordage, révision linguistique
Kerry Knapp, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN 978-2-555-03437-2 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Traitement pharmacologique – Trouble anxieux ou trouble obsessionnel-compulsif chez les jeunes de 12 à 17 ans. Québec, Qc : INESSS. 55 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

D^r Richard Bélanger, pédiatre et médecin de l'adolescence, Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec - Université Laval, Québec

D^{re} Leila Ben Amor, pédopsychiatre, Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, Montréal

D^r Michel Brouillet, médecin de famille, GMF des Grandes-Fourches, CIUSSS de l'Estrie

M^{me} Mia Charest, infirmière praticienne spécialisée en santé mentale, Hôpital Honoré-Mercier, CISSS de la Montérégie-Est

M^{me} Dominique Côté, psychologue, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Karine Desharnais, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M. Nicolas Dugré, pharmacien, GMF Sacré-Cœur, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Andréanne Dussault, médecin de famille, Centre médical Donnacona, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Nathalie Guilbault, pédiatre, CISSS de Lanaudière

D^{re} Amélie Leboeuf, pédopsychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Claudia Paquet, infirmière praticienne spécialisée en santé mentale, Hôtel-Dieu de Lévis, CISSS de Chaudière-Appalaches

D^r Yohann St-Pierre, pédiatre, CISSS du Bas-Saint-Laurent

D^{re} Rachel Swenor, pédopsychiatre, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

D^r Simon Tétreault, médecin de famille, Cliniques District Médical, Montréal

Lectrices externes

Pour ce rapport, les lectrices externes sont :

D^{re} Karina Deshaies Poliquin, pédiatre, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

D^{re} Annie Loiseau, pédopsychiatre, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Violaine Masson, pharmacienne, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Futurs utilisateurs et futures utilisatrices

Pour ce rapport, les futurs utilisateurs et les futures utilisatrices sont :

D^{re} Marie-Claude Arsenault, médecin de famille, GMF-U de Chicoutimi et Université de Sherbrooke

M^{me} Caroline Beaulieu, IPSSM, Centre ambulatoire pédiatrique de Saint-Georges – CISSS de Chaudière-Appalaches

D^{re} Gaëlle Beaulieu, pédiatre, Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR), Trois-Rivières, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Amélie Boudreau, pharmacienne, GMF Lafontaine, CISSS du Bas-Saint-Laurent

D^{re} Anne-Marie Bureau, médecin de famille, Centre de pédiatrie sociale de Gatineau et de Hull

M^{me} Karine Cloutier, pharmacienne, CHU de Québec - Université Laval et professeure agrégée, Faculté de pharmacie, Université Laval

D^{re} Dominique Desmarais, pédiatre, Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme

M. Vincent Dorval, IPSSM, CIUSSS de la Capitale-Nationale

D^{re} Karine Gauthier, psychologue/neuropsychologue, Hôpital de Montréal pour enfants

D^{re} Myriam Gosselin, médecin de famille, CISSS de la Gaspésie

M^{me} Karelle Lamoureux-Bacon, IPSSM en pédopsychiatrie, CISSS de la Montérégie-Est

M. Francis Malenfant, IPSSM et psychothérapeute, CISSS du Bas-Saint-Laurent

M^{me} Sarah Marchand-Lacoursière, IPSSM, Clinique de psychiatrie familiale, Aion Healthtech

M^{me} Marie-Hélène Turcotte, pharmacienne, Pharmacie Vy Ky Linh Le et Dave Larouche, Montréal

M^{me} Hélène Voyer, infirmière clinicienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Autres contributions

L'Institut remercie les parents et le jeune adulte qui ont participé aux travaux en partageant leurs expériences et perspectives en lien avec la problématique.

L'Institut tient également à remercier les personnes suivantes qui ont partagé de l'information et des conseils clés au début des travaux:

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, CHU Sainte-Justine

M^{me} Caroline Beaulieu, IPSSM, CISSS de Chaudière-Appalaches, Centre ambulatoire pédiatrique de Saint-Georges

D^{re} Gaëlle Beaulieu, pédiatre, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M. Pascal Bédard, pharmacien, CHU Sainte-Justine

D^r Richard Bélanger, pédiatre et médecin de l'adolescence, Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec - Université Laval, Québec

D^{re} Leila Ben Amor, pédopsychiatre, CHU Sainte-Justine

D^r Michel Brouillet, médecin de famille, GMF des Grandes-Fourches, CIUSSS de l'Estrie

D^{re} Raphaëlle Chrétien, pédiatre, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

D^{re} Dominique Desmarais, pédiatre, CISSS des Laurentides

M. Nicolas Dugré, pharmacien, GMF Sacré-Cœur, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Myriam Gosselin, médecin de famille, Unité de médecine familiale de Gaspé

D^{re} Amélie Leboeuf, pédopsychiatre, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

D^{re} Marie-Christine Légaré, pédopsychiatre, CIUSSS de l'Estrie

D^r Francis Livernoche, pédiatre, CIUSSS de l'Estrie–CHUS

D^{re} Annie Loiseau, pédopsychiatre, CISSS du Bas-Saint-Laurent

D^{re} Sonia Péloquin, médecin de famille, médecin conseil en médecine sociale, CISSS Montérégie-Est

D^{re} Catherine Savard-Woods, médecin de famille, groupe de médecine familiale – universitaire de Gatineau

D^{re} Rachel Swenor, pédopsychiatre, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

D^r Simon Tétreault, médecin de famille, District médical, Montréal

Déclaration d'intérêts

Les auteures de ce rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ces travaux. Les membres du comité consultatif qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts sont mentionnés ci-dessous.

D^r Richard Bélanger : auteur de plusieurs publications utilisées par les décideurs publics, dont des énoncés de principes de la Société canadienne de pédiatrie. Membre du comité consultatif de Jeunesse sans drogue Canada. Présence médiatique concernant les besoins de santé mentale des jeunes, surtout entourant la pandémie.

D^{re} Leila Ben Amor : honoraires versés à titre de conférencière ou de membre de comité-conseil par les compagnies pharmaceutiques Purdue et Takeda entre 2020 et 2025. Participation aux projets *Mieux Apprivoiser la Présence de mon Panda Émotionnel* (MAPPE - programme de régulation émotionnelle pour les enfants entre 7 et 12 ans) financé par le MSSS et au projet EQUIPE (programme de psychoéducation parentale qui s'adresse à tous les parents d'enfants de 3 à 12 ans ayant de la difficulté à suivre les consignes, à se contrôler ou à adopter les comportements adéquats) financé par les

IRSC et le FRQS. Rédaction de deux livres sur la santé mentale des jeunes aux Éditions du CHU Sainte-Justine.

D^r Michel Brouillet : honoraires versés à titre de conférencier sur le TDAH par les compagnies Elvium, Janssen et Takeda.

M. Nicolas Dugré : honoraires versés à titre de président de l'entreprise de formation continue Pharmascope. Honoraires versés à titre de conférencier et/ou auteur par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), le CIUSSS de l'Estrie, le CISSS du Bas-St-Laurent, l'Ensemble IQ, la Fédération des pharmaciens du Québec (FPQ), le groupe Brunet/Jean-Coutu, Familiprix, l'Association des pharmaciens des établissements en santé (APES), le Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (CEAMDP) de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, le CISSS de la Montérégie-Centre et l'Association des médecins omnipraticiens des Laurentides-Lanaudière.

D^{re} Amélie Leboeuf : honoraires versés à titre de conférencière sur le thème de la santé mentale des jeunes (notamment l'anxiété) par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM) et au congrès de pédiatrie du CHU Ste-Justine. Membre du conseil d'administration de l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques depuis 2020.

D^{re} Rachel Swenor : honoraires versés à titre de conférencière sur le thème de la diversité de genre par la compagnie Shire (Takeda) en 2016-2017

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
INTRODUCTION.....	1
1 CADRE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE.....	3
1.1 Cadre d'évaluation.....	3
1.2 Méthodologie sommaire.....	4
1.2.1 Questions d'évaluation et autres aspects à considérer.....	4
1.2.2 Mobilisation des savoirs	5
2 ARGUMENTAIRES, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	7
2.1 Traitement pharmacologique	7
2.1.1 Avant l'amorce du traitement.....	7
2.1.2 Options de traitement.....	10
2.1.3 Amorce du traitement.....	10
2.1.4 Choix du traitement	11
2.1.5 Caractéristiques des ISRS	17
2.1.6 Soutien par l'équipe de pédopsychiatrie après l'amorce du traitement	18
2.1.7 Effets indésirables des ISRS	20
2.1.8 Symptômes de sevrage.....	24
2.2 Suivi du traitement pharmacologique	24
2.2.1 Principaux éléments de suivi	24
2.2.2 Modalités et fréquence du suivi	26
2.3 Échec et modification du traitement pharmacologique.....	27
2.4 Arrêt du traitement pharmacologique	28
2.5 Situation clinique complexe - orientation initiale en pédopsychiatrie et autres mesures de soutien	29
2.6 Considérations environnementales	32
FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX	34
CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX	36
MISE À JOUR.....	39
RÉFÉRENCES.....	40
ANNEXE I.....	47
Études primaires - Efficacité des ISRS et des IRSN.....	47
ANNEXE II.....	53
Caractéristiques des ISRS.....	53

ANNEXE III	54
Méta-analyses - Innocuité des ISRS	54
ANNEXE IV	55
Coûts des ISRS et des IRSN	55

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Questions d'évaluation et autres aspects à considérer par dimension en soutien au jugement de valeur	4
Tableau 2	Effets indésirables (EI) les plus fréquents des ISRS dans les études primaires recensées	22
Tableau IV-1	Coût unitaire des ISRS et des IRSN	55

RÉSUMÉ

Introduction

Pour améliorer l'accès aux soins en santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé, en 2017, le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie. Dans le contexte de ce programme, et en concertation avec le ministère, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a développé, dans un premier volet, un [outil clinique sur les symptômes et troubles anxieux chez les jeunes de 12 à 17 ans](#). Les présents travaux constituent le deuxième volet du projet et ont pour objectif de soutenir les professionnels de la santé dans l'amorce, lorsque jugé pertinent, d'un traitement pharmacologique chez un jeune de 12 à 17 ans qui présente un trouble anxieux (agoraphobie, anxiété de séparation, anxiété généralisée, anxiété sociale, phobie spécifique ou trouble panique) ou un trouble obsessionnel-compulsif et dans le suivi de celui-ci, le cas échéant.

Méthodologie

Les questions d'évaluation ont été formulées de manière à couvrir la dimension clinique tout en considérant aussi les dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle ainsi que les enjeux éthiques et environnementaux tels que présentés dans l'[Énoncé de principes et fondements éthiques](#) de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Tout d'abord, une revue systématique d'études primaires et une revue systématique de documents qui présentent de l'information et des recommandations cliniques sur les troubles anxieux ou le trouble obsessionnel-compulsif ont été effectuées pour documenter la dimension clinique. La revue systématique d'études primaires avait pour objectif d'évaluer, chez des jeunes de 12 à 17 ans présentant l'un de ces troubles, l'efficacité et l'innocuité des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine. La revue systématique de documents présentant de l'information ou des recommandations cliniques a été effectuée afin de documenter les modalités de meilleures pratiques pour l'amorce et le suivi de l'usage de ces médicaments.

Pour documenter les aspects populationnel, socioculturel, organisationnel, économique et environnemental, des revues narratives de la littérature ont été réalisées.

L'analyse et la synthèse de l'information et des éléments contextuels recueillis ont été effectuées dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant notamment sur des éléments de contexte législatif, réglementaire et organisationnel propres au Québec et sur les perspectives des différentes parties prenantes consultées.

Les parties prenantes ayant été consultées sont des informateurs clés, les membres du comité consultatif, ainsi que des parents et un jeune adulte touchés par la problématique.

L'identification des repères cliniques clés et la formulation des recommandations ont été faites en collaboration avec le comité consultatif, formé de professionnels de la santé de différentes spécialités et expertises, en se basant notamment sur l'appréciation de l'ensemble de la preuve documentée.

Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées par des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que des futurs utilisateurs qui n'avaient pas participé aux travaux.

Principaux constats

Privilégier les interventions non pharmacologiques

Les interventions non pharmacologiques (interventions psychosociales ou psychothérapies) sont les premières options de traitement du trouble anxieux et du trouble obsessionnel-compulsif chez les jeunes. Toutefois, certaines situations peuvent justifier le recours à un traitement pharmacologique.

Envisager un traitement pharmacologique dans certaines situations

La décision d'amorcer ou non un traitement pharmacologique doit tenir compte, notamment, de la sévérité des symptômes, du niveau de fonctionnement, des comorbidités, des antécédents, de l'essai ou non des interventions non pharmacologiques et de leur efficacité le cas échéant, de l'acceptabilité ou de la faisabilité des interventions non pharmacologiques, du risque suicidaire et des valeurs et préférences du jeune, de sa famille ou de son entourage.

Prendre connaissance des données scientifiques disponibles

Les résultats de la revue systématique de la littérature primaire indiquent qu'en général, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine pourraient diminuer les symptômes, améliorer le fonctionnement global et contribuer à une rémission chez les jeunes de 12 à 17 ans qui présentent un trouble anxieux ou un trouble obsessionnel-compulsif.

Concernant les effets indésirables les plus fréquents des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (p. ex. céphalée, nausée, somnolence, insomnie, douleur abdominale), ils surviennent généralement pendant les premières semaines de traitement et la plupart d'entre eux s'atténuent ou disparaissent peu de temps après. La survenue d'effets indésirables parmi les plus fréquents pourrait toucher 5 % à 20 % des jeunes traités avec un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine. Des effets indésirables plus rares, mais graves (p. ex. manie/hypomanie, comportements ou idées suicidaires) pourraient également survenir.

Choisir le traitement en fonction de la situation clinique du jeune et des particularités des molécules

Lorsqu'un traitement pharmacologique est amorcé, le traitement de première intention est un médicament de la classe des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine. Parmi cette classe, la fluoxétine ou la sertraline représentent des premiers choix de traitement, l'escitalopram un deuxième choix et le citalopram ou la fluvoxamine des troisièmes choix. L'usage de la paroxétine serait à éviter chez les jeunes en raison de la possibilité de symptômes de sevrage importants et d'un profil d'innocuité moins favorable que celui des autres inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine.

L'usage d'un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (duloxétine ou venlafaxine XR) pourrait être considéré par l'équipe de pédopsychiatrie dans certaines situations.

La prise en charge d'un trouble anxieux ou d'un trouble obsessionnel-compulsif à l'aide d'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine nécessite l'adoption d'une approche individualisée tout au long du processus d'amorce, d'ajustement, de suivi et de réévaluation de la thérapie. À cette fin, la communication d'information objective et équilibrée sur les avantages et les inconvénients du traitement pharmacologique est essentielle.

Recommandations et outil clinique

Au terme des travaux, une série de constats et de recommandations ont été formulés relativement à l'amorce, lorsque pertinent, d'un traitement pharmacologique pour un trouble anxieux ou un trouble obsessionnel-compulsif chez un jeune et au suivi de celui-ci, le cas échéant. Ces recommandations sont présentées en encadré tout au long du présent rapport et elles sont résumées dans un outil clinique qui découle des travaux.

Conclusion

Sans se substituer au jugement clinique, cet outil devrait permettre d'optimiser les pratiques relatives à l'amorce, lorsque jugé pertinent, d'un traitement pharmacologique chez les jeunes qui présentent un trouble anxieux ou un trouble obsessionnel-compulsif en fournissant des balises claires et nuancées pour mieux orienter les décisions thérapeutiques. Ces recommandations permettront aussi de favoriser un usage optimal, judicieux et harmonisé des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine pour ces indications à l'échelle provinciale. Le rehaussement et l'harmonisation de la pratique dépendront cependant de la diffusion et de la promotion de cet outil clinique au sein du réseau, de l'adhésion aux changements, de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés et de la disponibilité de formations lorsque nécessaire.

SUMMARY

Pharmacological Treatment – Anxiety Disorder or Obsessive-Compulsive Disorder in Young People Aged 12 to 17

Introduction

To improve access to mental health care, the Ministère de la Santé et des Services sociaux launched, in 2017, the Québec Program for Mental Disorders: From Self-Care to Psychotherapy. As part of this program, and in collaboration with the Ministère, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux developed, as an initial component, a [clinical tool on anxiety symptoms and disorders in young people aged 12 to 17](#). The present work constitutes the second component of the project and aims to support health professionals in initiating, when deemed appropriate, pharmacological treatment for young people aged 12 to 17 who have an anxiety disorder (agoraphobia, separation anxiety disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder/social phobia, specific phobia, or panic disorder) or an obsessive-compulsive disorder, as well as in ensuring follow-up of such treatment, if applicable.

Methodology

The evaluation questions were formulated to address clinical aspects while also taking account of the population-level, organizational, economic and sociocultural dimensions, along with the ethical and environmental considerations as presented in the [Statement of Principles and Ethical Foundations](#) of the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

First, a systematic review of primary studies and a systematic review of documents containing information and clinical recommendations on anxiety disorder or obsessive-compulsive disorder were conducted to document clinical aspects. The systematic review of primary studies sought to evaluate the efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors in young people aged 12 to 17 with one of these disorders. The systematic review of documents containing information or clinical recommendations aimed to document best practices for initiating and monitoring use of these drugs.

Narrative literature reviews were conducted to document the population-level, sociocultural, organizational, economic and environmental dimensions.

The information and contextual elements collected were analyzed and synthesized from the perspective of contextualizing the practice in Québec, using mainly legislative, regulatory and organizational contextual information specific to Québec, and the perspectives of the different stakeholders consulted.

The stakeholders consulted were key informants, the members of the advisory committee, as well as parents and a young adult affected by one of these disorders.

The identification of key clinical benchmarks and the formulation of recommendations were carried out in cooperation with the advisory committee, consisting of health professionals from various specialties and areas of expertise, and based on a comprehensive appraisal of the documented evidence.

Finally, the overall quality, acceptability and applicability of this work were assessed by external reviewers who are specialists in the field, as well as by future users who had not been involved in the development process.

Key findings

Prioritizing non-pharmacological interventions

Non-pharmacological interventions (psychosocial interventions or psychotherapies) are the first treatment options for anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in young people. However, certain situations may warrant the use of pharmacological treatment.

Considering pharmacological treatment in certain situations

The decision to initiate pharmacological treatment or not should take into account, among other factors, the severity of symptoms, level of functioning, comorbidities, medical history, whether non-pharmacological interventions have been tried and their effectiveness, the acceptability or feasibility of non-pharmacological interventions, the risk of suicide and the values and preferences of the youth, their family, or their close network.

Reading the available scientific data

The results of the systematic review of primary literature indicate that, in general, selective serotonin reuptake inhibitors can reduce symptoms, improve overall functioning and promote remission in young people aged 12 to 17 who have an anxiety disorder or an obsessive-compulsive disorder.

Regarding the most common adverse effects of selective serotonin reuptake inhibitors (e.g., headache, nausea, drowsiness, insomnia, abdominal pain), they generally occur during the first few weeks of treatment, and most of them subside or disappear shortly thereafter. The most common adverse effects may affect 5 % to 20 % of young people treated with selective serotonin reuptake inhibitors. Rarer but serious adverse effects (e.g., mania/hypomania, suicidal thoughts or behaviors) may also occur.

Choosing treatment based on the young person's clinical situation and medication characteristics

When pharmacological treatment is initiated, the first-line option is a medication from the class of selective serotonin reuptake inhibitors. Within this class, fluoxetine or sertraline are considered first-choice treatments, escitalopram a second-choice option, and citalopram or fluvoxamine third-choice options. The use of paroxetine should be avoided

in young people due to the possibility of significant withdrawal symptoms and a less favourable safety profile compared with other selective serotonin reuptake inhibitors.

The use of a serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor (duloxetine or extended-release venlafaxine) may be considered by the child and adolescent psychiatry team in certain situations.

Management of an anxiety disorder or of an obsessive-compulsive disorder with a selective serotonin reuptake inhibitor requires a personalized approach throughout the initiation, adjustment, monitoring, and reassessment phases of therapy. To that end, providing objective and balanced information on the advantages and disadvantages of pharmacological treatment is essential.

Recommendations and clinical tool

Following the work's conclusion, a series of findings and recommendations were formulated regarding the initiation, when deemed appropriate, of pharmacological treatment for an anxiety disorder or an obsessive-compulsive disorder in young people, as well as the follow-up of such treatment, if applicable. These recommendations are presented in text boxes throughout this report and are summarized in a clinical tool that reflects our findings.

Conclusion

Without replacing clinical judgment, this tool should help optimize practices related to the initiation of pharmacological treatment, when deemed appropriate, for young people who have an anxiety disorder or an obsessive-compulsive disorder by providing clear and nuanced guidance to facilitate therapeutic decisions. These recommendations will also help promote the optimal, judicious and harmonized use of selective serotonin reuptake inhibitors for these indications at the provincial level. However, improving and harmonizing practice will depend on the dissemination and promotion of this clinical tool within the healthcare system, adherence to the proposed changes, uptake of the recommendations by the relevant health professionals, and the availability of training when needed.

SIGLES ET ACRONYMES

AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
DESA	Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'interventions – services sociaux et santé mentale
IMAO	Inhibiteur de la monoamine oxydase
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRSN	Inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NNT	Nombre nécessaire pour traiter
PQPTM	Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie
RC	Rapport de cote
RR	Risque relatif
TAG	Trouble d'anxiété généralisé
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif

INTRODUCTION

Problématique

Les troubles anxieux diffèrent des inquiétudes et craintes communes par l'intensité, la durée et la fréquence des symptômes, ainsi par que la détresse et les incapacités qu'ils engendrent. Les différents troubles se distinguent les uns des autres selon le type de situation qui induit la peur, le comportement d'évitement et les pensées y étant associées (APA, 2022).

Les troubles anxieux les plus fréquents durant l'adolescence sont la phobie spécifique, l'anxiété sociale, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique (Copeland *et al.*, 2014; Kessler *et al.*, 2012; Steinsbekk *et al.*, 2022).

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se caractérise quant à lui par la présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux, qui sont à l'origine d'une perte de temps considérable, d'une détresse ou d'une altération du fonctionnement (APA, 2022).

Depuis plus d'une décennie, une augmentation de la prévalence des troubles anxieux semble avoir été observée au Québec, au Canada et à l'international (Rickwood *et al.*, 2023; Wiens *et al.*, 2020). Dans le cadre de la dernière *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire* réalisée en 2022-2023, 19,9 % des jeunes ont rapporté avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux confirmé par un professionnel, ce qui représente une hausse de 2,7 % par rapport à l'enquête précédente réalisée en 2016-2017 (Traoré *et al.*, 2024).

Contexte de l'amorce des travaux

Dans la visée d'offrir un plus grand éventail de services en santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a mis sur pied, en 2017, le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) (MSSS, 2020). L'offre de soins et de services de ce programme repose sur un modèle de soins par étapes, allant des interventions moins complexes, comme les autosoins et l'éducation psychologique, à des interventions plus complexes, comme la thérapie cognitivo-comportementale et l'utilisation d'une médication (INESSS, 2022).

Dans le contexte de ce programme, et en concertation avec le MSSS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a développé, dans un premier volet, un [outil clinique sur les symptômes et troubles anxieux chez les jeunes de 12 à 17 ans](#) afin d'accompagner les intervenants et les cliniciens dans la prestation de soins et de services fondée sur une prise de décision éclairée et partagée, et ce, dans l'ensemble du continuum des soins et services.

Puisque la pharmacothérapie est une option de traitement des troubles anxieux chez les adolescents, les présents travaux constituent le deuxième volet du projet, c'est-à-dire l'élaboration, par l'INESSS, d'un outil clinique qui est destiné spécifiquement aux prescripteurs et qui sera complémentaire à l'outil clinique sur la prise en charge globale.

Comme la même pharmacothérapie est potentiellement impliquée dans le traitement du TOC, cette condition a également été incluse dans le deuxième volet des travaux.

Objectifs

Les présents travaux avaient pour objectif de soutenir les professionnels de la santé dans l'amorce, lorsque jugé pertinent, d'un traitement pharmacologique chez un jeune de 12 à 17 ans qui présente un trouble anxieux (agoraphobie, anxiété de séparation, anxiété généralisée, anxiété sociale, phobie spécifique ou trouble panique) ou un trouble obsessionnel-compulsif et dans le suivi de celui-ci, le cas échéant. Ces travaux s'inscrivent dans la volonté de l'Institut de favoriser un usage optimal des médicaments à l'aide de recommandations qui sont cohérentes, entre autres, avec les plus récentes données scientifiques et le contexte clinique québécois.

Livrables

- Rapport Guides et normes
- Outil clinique

Précisions sur la portée des travaux

Les aspects et livrables suivants seront exclus des travaux :

- Recommandations relatives à la prise en charge non pharmacologique des symptômes et troubles anxieux chez les jeunes de 12 à 17 ans (travaux réalisés dans le premier volet des travaux) et à la prise en charge non pharmacologique du TOC.
- Recommandations sur le traitement pharmacologique de ces troubles chez les enfants de 11 ans et moins et les adultes de 18 ans et plus.
- Recommandations relatives à la prise en charge (non pharmacologique et pharmacologique) du trouble de stress post-traumatique. Trop peu de données scientifiques sur l'utilisation de traitements pharmacologiques pour prévenir ou traiter un trouble de stress post-traumatique chez un jeune sont disponibles afin d'émettre des recommandations. De plus, la prise en charge d'un tel trouble chez un jeune nécessite généralement l'intervention d'un pédopsychiatre.

1 CADRE D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

Dans l'optique de répondre aux objectifs des présents travaux, l'évaluation s'est concentrée autour de la question décisionnelle suivante :

- Quelles sont les pratiques cliniques optimales au regard du traitement pharmacologique des troubles anxieux et du TOC chez les jeunes de 12 à 17 ans?

À cette fin, une approche d'appréciation globale des critères pertinents de valeur sera utilisée à l'issue de la triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles et de l'intégration multidimensionnelle. Des critères propres aux dimensions populationnelle¹, clinique², organisationnelle³, économique⁴ et socioculturelle⁵ de [l'Énoncé de principes de l'INESSS](#) seront approfondis.

1.1 Cadre d'évaluation

Les aspects du cadre d'évaluation ont été formulés, de manière générale, en tenant compte des éléments du modèle [PIPOH](#)⁶.

Population d'intérêt	Jeunes de 12 à 17 ans avec un trouble anxieux (agoraphobie, anxiété de séparation, anxiété généralisée, anxiété sociale, phobie spécifique ou trouble panique) ou un TOC
Intervention évaluée	Conduite thérapeutique (traitements pharmacologiques : inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN))
Comparateurs d'intérêts	Aucun
Porteurs de l'intervention	Médecins de famille et pédiatres
Objectif poursuivi par l'intervention	Traitement pharmacologique
Contexte/milieu d'utilisation	Première ligne (établissement de santé, clinique médicale, groupe de médecine familiale, guichet d'accès à la première ligne, clinique privée, soins et services de proximité/milieu communautaire)

¹ Contribuer à un meilleur état de santé et de bien-être pour la population dans un souci d'équité.

² Améliorer la santé et le bien-être des usagers et usagères.

³ S'insérer dans le contexte organisationnel des soins et services pour renforcer le système de santé et de services sociaux.

⁴ Optimiser l'utilisation des ressources pour leur gestion responsable et durable.

⁵ S'insérer dans le contexte de la société québécoise d'une façon qui favorise son évolution vers le bien commun.



⁶ PIPOH (population, interventions d'intérêt [aspects à documenter], professionnels à qui s'adressent les travaux, objectif poursuivi par les interventions ciblées [*outcome* – dépistage, diagnostic, traitement, suivi] et milieu/contexte clinique où s'appliquent les interventions [*health care setting*]).




1.2 Méthodologie sommaire

1.2.1 Questions d'évaluation et autres aspects à considérer

Les questions d'évaluation précisent l'information nécessaire pour informer les critères pertinents de valeur. Elles ont été déterminées selon les aspects à documenter pour élaborer des recommandations sur la conduite thérapeutique, et ce, de façon à couvrir la finalité des dimensions de [l'Énoncé de principes \(Tableau 1\)](#). Les autres critères clés à considérer à l'égard des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle, les enjeux éthiques, de même que les considérations environnementales associées aux interventions ciblées, sont également décrits dans le tableau.

Tableau 1 Questions d'évaluation et autres aspects à considérer par dimension en soutien au jugement de valeur

DIMENSION	QUESTIONS D'ÉVALUATION ET AUTRES ASPECTS À CONSIDÉRER
 <p>Populationnelle</p>	<p>Aspects à considérer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévalence des troubles anxieux et du TOC chez les jeunes de 12 à 17 ans ▪ Impact de ces conditions sur la qualité de vie du jeune et celle de sa famille ou de son entourage <p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Équité d'accès aux soins médicaux de 1^{re} et 2^e lignes (médecins de famille et pédiatres) ▪ Équité d'accès aux traitements et interventions non pharmacologiques ▪ Équité dans les critères d'admissibilité donnant accès aux soins et services (certaines populations semblent moins utiliser les soins et services, p. ex. les personnes réfugiées, immigrantes, issues de la diversité sexuelle et de genre)
 <p>Clinique</p>	<p>Question d'évaluation</p> <p>Quelles sont les modalités de bonnes pratiques cliniques dans la population des jeunes de 12 à 17 ans au regard :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ du traitement pharmacologique pour un trouble anxieux ou un TOC (p. ex. choix, amorce, ajustement et suivi)? ▪ de l'efficacité et de l'innocuité d'un traitement pharmacologique pour un trouble anxieux ou un TOC? ▪ des besoins des jeunes, de leur famille et de leur entourage en termes d'informations sur le traitement pharmacologique afin de favoriser une prise de décision éclairée et partagée et, par la suite, un usage optimal de la pharmacothérapie? <p><u>Aspects à considérer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Type de bénéfice offert par l'intervention ▪ Effet de l'intervention sur la qualité de vie ▪ Acceptabilité et capacité d'autonomiser les usagers et les proches aidants <p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Équité dans les critères d'admissibilité donnant accès aux soins et services ▪ Équité et pérennité d'accès ▪ Utilisation optimale des ressources du système de santé et de services sociaux

DIMENSION	QUESTIONS D'ÉVALUATION ET AUTRES ASPECTS À CONSIDÉRER
 Organisationnelle	<p>Aspects à considérer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Place du traitement pharmacologique dans le parcours de soins ▪ Capacité du réseau à faire un usage approprié du traitement pharmacologique pour un trouble anxieux ou un TOC chez un jeune de 12 à 17 ans <p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabilité du système de santé à fournir les meilleurs soins possible en optimisant les ressources de santé
 Économique	<p>Aspects à considérer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coûts unitaires de différents ISRS et ISRN et coût estimé par traitement <p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérennité et allocation équitable et efficace des ressources en matière de soins de santé
 Socioculturelle	<p>Aspects à considérer</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact environnemental des ISRS et des ISRN ▪ Engagements, positionnements et priorités nationales en matière de santé mentale ▪ Collaboration de différents secteurs (santé et services sociaux, milieux scolaires, milieux communautaires) pour soutenir les jeunes et leur famille <p><u>Principes éthiques et enjeux associés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enjeux de santé publique associés aux troubles anxieux ou au TOC (p. ex. consommation de substances [alcool, tabac, drogues], suicide)

1.2.2 Mobilisation des savoirs

La méthodologie complète pour mener à terme ces travaux est décrite dans le document *Annexes complémentaires*.

Types de revues de la littérature : Revues systématiques, selon les normes de l'INESSS, de guides de pratique clinique, de lignes directrices et de positions d'autres organisations, de même que d'études d'efficacité et d'innocuité. Revues narratives pour documenter certains aspects des dimensions populationnelle, organisationnelle, économique et socioculturelle, puis des considérations environnementales.

Bases de données bibliographiques consultées : MEDLINE, Embase, deux bases EBM Reviews (Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials).

Autres sources de données : Sites Web d'organisations ETMISSS, d'associations et de sociétés savantes, moteurs de recherche Google et Google Scholar, sites Web des gouvernements fédéral, territoriaux, provinciaux et paragouvernementaux, sites Web d'associations, de fédérations et d'ordres professionnels du Québec, sites Web de Santé Canada, monographies, ouvrage de référence médicale.

La consultation initiale a été menée en juin 2025, mais une vigie informationnelle a été effectuée jusqu'à la publication des documents.

Appréciation du risque de biais et analyse des niveaux de preuve scientifique :

L'appréciation des risques de biais et des niveaux de preuve scientifique sur différents paramètres d'efficacité et d'innocuité des ISRS et des IRSN a été effectuée à l'aide des outils ROBIS et GRADE respectivement. Pour refléter la confiance à l'égard des résultats, un niveau de preuve scientifique par paramètre d'intérêt a été attribué selon une échelle à quatre paliers, soit très faible⁷, faible⁸, modéré⁹ ou élevé¹⁰.

Consultation de parties prenantes : Une vingtaine d'informateurs clés, en plus de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), ont été consultés en début de projet afin de documenter les enjeux potentiellement liés à sa réalisation. Un comité consultatif a été mis sur pied lors de la planification du projet pour recueillir des savoirs expérimentiels et des perspectives clinique, populationnelle, organisationnelle, économique et éthique, puis apprécier la littérature scientifique et les données analysées de même que les pratiques d'autres juridictions. Ce comité était composé de représentants issus des domaines de la pédopsychiatrie, de la pédiatrie, de la médecine familiale, de la pharmacie et des soins infirmiers. Trois lecteurs externes spécialisés dans le traitement pharmacologique des troubles anxieux et du TOC chez les jeunes ont aussi été invités à faire part de leur perspective en plus d'évaluer la pertinence du contenu, la faisabilité des recommandations et la qualité scientifique globale des travaux. L'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations cliniques présentées dans l'outil clinique, de même que la pertinence du contenu et la convivialité de ce dernier ont été appréciées par 15 futurs utilisateurs qui n'ont pas participé aux travaux. La perspective de cinq parents et celle d'un jeune adulte ont aussi été recueillies.

Intégration des savoirs en soutien à la création de valeur

Basées sur l'appréciation de l'ensemble de la preuve¹¹, des propositions de repères cliniques clés et des recommandations ont été présentées aux membres du comité consultatif. Ces derniers ont été invités à les bonifier, à les modifier ou à en suggérer des nouveaux. Enfin, la pertinence du contenu, la faisabilité des recommandations et la qualité globale des travaux ont été appréciées avec des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt n'ayant pas participé aux travaux, alors que l'acceptabilité et l'applicabilité des recommandations cliniques présentées dans l'outil clinique, de même que la pertinence du contenu et la convivialité de ce dernier ont été appréciées par des futurs utilisateurs.

⁷ L'effet réel est probablement très différent de l'effet estimé.

⁸ L'effet réel pourrait être sensiblement différent de l'effet estimé.

⁹ L'effet réel est probablement proche de l'effet estimé.

¹⁰ L'effet réel est comparable à l'effet estimé.

¹¹ Triangulation des données scientifiques, y compris des recommandations des guides de pratique clinique retenus, des données et éléments contextuels et des données expérimentielles découlant de la perspective de parties prenantes consultées, dans une analyse multidimensionnelle des critères pertinents de valeur pour le projet.

2 ARGUMENTAIRES, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

2.1 Traitement pharmacologique

2.1.1 Avant l'amorce du traitement

Autant pour les troubles anxieux que pour le TOC, les documents avec recommandations recensés précisent que les interventions non pharmacologiques (interventions psychosociales ou psychothérapies) représentent le traitement de première intention (Bandelow *et al.*, 2023; Bobbitt *et al.*, 2023; GovBC, 2024; HQO, 2020a; HQO, 2020b; MCCMH, 2024; MSSS, 2022; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020). Les parties prenantes considèrent également que les interventions non pharmacologiques devraient être favorisées. Toutefois, les parents et le jeune adulte consultés ont rapporté des difficultés d'accès à ce type d'interventions. De plus, ils ont mentionné que peu d'information leur a été transmise quant aux types de professionnels à consulter (et comment les identifier) et aux interventions psychosociales ou aux psychothérapies à privilégier en fonction des symptômes ressentis et du type de trouble.

Dans les documents avec recommandations, il est mentionné que le traitement pharmacologique, lorsqu'il est employé chez un jeune, devrait être combiné avec des interventions non pharmacologiques (Bandelow *et al.*, 2023; Bobbitt *et al.*, 2023; GovBC, 2024; HQO, 2020b; MCCMH, 2024; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020). Les parties prenantes consultées partagent cet avis. Des données de la revue systématique d'études primaires de l'INESSS étaient également disponibles à ce sujet. Chez les jeunes qui présentent un trouble d'anxiété généralisée, de l'anxiété de séparation ou de l'anxiété sociale, les données montrent que, comparativement à la sertraline seule, la combinaison de sertraline et de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) augmente la réponse au traitement (nombre de répondeurs) après 12 semaines de traitement, en plus de diminuer les symptômes et d'améliorer le fonctionnement global après 12 semaines de traitement et 24 semaines de suivi (niveau de certitude de la preuve élevé) (Piacentini *et al.*, 2014; Walkup *et al.*, 2008). Une méta-analyse a également montré qu'associer un ISRS à une TCC permettrait de réduire davantage les symptômes chez les jeunes atteints de TOC, comparativement à un traitement par ISRS seul, selon les scores de l'échelle *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (CY-BOCS) (6 études, différence moyenne nette de -3,1 [IC95 % : - 5,3 à -0,9]; niveau de certitude de la preuve modéré) (Steele *et al.*, 2024). Plus de détails sont disponibles à l'[annexe I](#) et dans le document *Annexes complémentaires*.

Les parties prenantes ont souligné la pertinence de mentionner dans l'outil que l'adoption de saines habitudes de vie devrait être encouragée (p. ex. pratique d'activité physique, régularité du sommeil, alimentation, relations sociales, temps consacré aux écrans, consommation de substances psychoactives).

L'implication du jeune et de sa famille ou de son entourage est primordiale dans les décisions thérapeutiques (HQO, 2020b; MCCMH, 2024; MSSS, 2021; UHRBC, 2023). Certaines parties prenantes ont souligné l'importance que les jeunes soient consultés et impliqués dans l'établissement du plan de traitement afin d'augmenter les probabilités qu'ils y adhèrent et qu'ils s'y investissent. Il est essentiel que leurs valeurs et leurs préférences, tout comme celles de leur famille ou de leur entourage, soient prises en compte. Au Québec, le Code civil stipule que le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le mineur de 14 ans et plus peut néanmoins consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait. Selon les parties prenantes, les besoins et les capacités du jeune doivent également être considérés dans les décisions thérapeutiques. Certains parents consultés ont précisé l'importance que le clinicien respecte la volonté d'un jeune qui souhaite être accompagné de son parent même s'il a 14 ans ou plus. D'ailleurs, ceux dont le jeune prend une médication sont tous impliqués dans le traitement pharmacologique de leur enfant (p. ex. renouveler l'ordonnance, aller chercher les médicaments à la pharmacie, faire les rappels de la prise de médication, surveiller les effets positifs et négatifs du traitement).

Les documents avec recommandations retenus soulèvent que les jeunes et leur famille ou leur entourage doivent connaître les avantages et les inconvénients des options thérapeutiques qui s'offrent à eux (Bobbitt *et al.*, 2023; GovBC, 2024; HQO, 2020b; MCCMH, 2024; UHRBC, 2023). Il est également spécifié que le délai d'action des ISRS est relativement long; le jeune pourrait remarquer une atténuation de la gravité de ses symptômes dans les premières semaines suivant le début du traitement pharmacologique, mais il devra attendre autour de six à huit semaines avant de constater une amélioration cliniquement significative et il en éprouvera les effets bénéfiques maximaux seulement à compter de la douzième semaine environ (Bobbitt *et al.*, 2023; MCCMH, 2024; Walter *et al.*, 2020). À la suite de l'amorce du traitement pharmacologique, les symptômes d'anxiété peuvent même s'aggraver avant de s'améliorer (MCCMH, 2024). Des symptômes de sevrage peuvent survenir en cas d'oublis de doses ou d'arrêt abrupt du traitement (MCCMH, 2024; Walter *et al.*, 2020).

Les parties prenantes consultées ont souligné l'importance de transmettre de l'information au jeune et à sa famille ou à son entourage concernant les avantages et les inconvénients du traitement pharmacologique, la possibilité d'une aggravation initiale des symptômes, les moments où le jeune est le plus susceptible de ressentir des effets indésirables, le délai avant de constater une amélioration significative des symptômes et la possibilité de symptômes de sevrage. Elles ont également mentionné que l'augmentation temporaire du risque de comportements ou d'idées suicidaires à la suite de l'amorce du traitement devait être communiquée afin que le jeune sache que c'est une possibilité et afin que la famille ou l'entourage exerce une vigilance à ce sujet.

De plus, des parents dont le jeune âgé entre 12 et 17 ans présente un trouble anxieux ont dit vouloir être informés de la non-homologation des ISRS par Santé Canada pour les personnes de moins de 18 ans et de ce que cela signifie concrètement en termes

d'efficacité et de sécurité pour leur enfant. Ils ont aussi souligné l'importance d'obtenir de l'information sur l'utilité d'un antidépresseur pour traiter l'anxiété ainsi que sur les bénéfices escomptés et les effets négatifs possibles de la médication (effets indésirables et symptômes de sevrage) en fonction du délai depuis l'amorce du traitement. Ils ont par ailleurs rapporté des inquiétudes quant aux effets à long terme de la médication sur la santé de leur enfant ainsi que sur le développement de leur cerveau.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – AVANT L'AMORCE DU TRAITEMENT

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Favoriser les interventions psychosociales ou les psychothérapies. Lorsqu'un traitement pharmacologique est amorcé, il devrait être combiné à une intervention psychosociale ou à une psychothérapie.
- L'adoption de saines habitudes de vie devrait être encouragée (p. ex. pratique d'activité physique, régularité du sommeil, alimentation, relations sociales, temps consacré aux écrans, consommation de substances psychoactives).
- La décision d'amorcer ou non un traitement pharmacologique doit tenir compte des valeurs et des préférences du jeune et de sa famille ou de son entourage, de même que des besoins et des capacités du jeune.
- Communiquer de l'information sur :
 - les avantages et les inconvénients d'un traitement avec un ISRS (voir les tableaux suivants : Caractéristiques des ISRS, Données scientifiques et Effets indésirables des ISRS);
 - la non-homologation des ISRS par Santé Canada pour les personnes de moins de 18 ans. La non-homologation des ISRS pour les moins de 18 ans ne signifie pas nécessairement qu'ils sont inefficaces ou dangereux dans cette population. Leur usage chez les jeunes doit être évalué au cas par cas.
- Préciser qu'à la suite de l'amorce d'un traitement pharmacologique :
 - les symptômes d'anxiété peuvent s'aggraver avant de s'améliorer. Temporairement, le risque de comportements ou d'idées suicidaires pourrait être augmenté et le jeune pourrait se sentir plus agité;
 - des effets indésirables peuvent survenir autant à l'amorce du traitement que lors des ajustements posologiques;
 - un délai de 4 à 8 semaines est généralement requis avant de constater une amélioration significative des symptômes;
 - des symptômes de sevrage peuvent survenir en cas d'oublis de doses ou d'arrêt abrupt du traitement.

2.1.2 Options de traitement

Pour les troubles anxieux et le TOC, selon les documents avec recommandations retenus, lorsqu'un traitement pharmacologique est indiqué, un antidépresseur de la classe des ISRS représente le premier choix de traitement (Bobbitt *et al.*, 2023; GovBC, 2024; HQO, 2020b; MCCMH, 2024; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020).

Dans les études recensées, les ISRS pourraient diminuer les symptômes, améliorer le fonctionnement global et contribuer à une rémission. Aucune étude comparant l'efficacité et l'innocuité des différents ISRS entre eux n'a été repérée.

De plus, après l'analyse des données scientifiques disponibles et en fonction de leur propre expérience clinique, les parties prenantes consultées considèrent que les IRSN ne sont pas un traitement pharmacologique de première intention chez les jeunes qui ont un trouble anxieux ou un TOC.

Plus de détails sont disponibles à la [section 2.1.4](#) ci-dessous.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – OPTION DE TRAITEMENT

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

Pour un trouble anxieux ou un TOC chez un jeune de 12 à 17 ans :

- le traitement pharmacologique de première intention est un médicament de la classe des ISRS;
- les IRSN ne sont pas un traitement pharmacologique de première intention.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – OPTION DE TRAITEMENT

De l'appréciation de la preuve découlent les constats suivants :

- Les ISRS pourraient diminuer les symptômes, améliorer le fonctionnement global et contribuer à une rémission.
- Aucune étude comparant l'efficacité et l'innocuité des différents ISRS entre eux n'a été recensée.

2.1.3 Amorce du traitement

Pour un trouble anxieux ou un TOC confirmé, dans certaines situations, un traitement pharmacologique pourrait être considéré, par exemple lorsque les symptômes sont modérés à sévères (Bobbitt *et al.*, 2023; GovBC, 2024; HQO, 2020b; MCCMH, 2024; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020) ou que ceux-ci demeurent importants et persistants malgré les interventions non pharmacologiques (Bobbitt *et al.*, 2023; GovBC, 2024; HQO, 2020b; UHRBC, 2023), lorsqu'un déficit fonctionnel important est présent (HQO, 2020b; MCCMH, 2024), lorsqu'un traitement non pharmacologique n'est pas une option possible (HQO, 2020b; Walter *et al.*, 2020) ou lorsqu'un risque suicidaire ou d'automutilation est

présent (MCCMH, 2024). Les parties prenantes ont précisé que les traitements non pharmacologiques pourraient ne pas être préconisés lorsque, par exemple, des symptômes ou une condition médicale ne permettent pas d'anticiper un bénéfice avec les interventions psychosociales ou les psychothérapies ou lorsque la personne refuse ces interventions. Par ailleurs, les parents consultés dont le jeune a commencé un traitement avec un ISRS ont tous souligné que l'état de santé de leur enfant était inquiétant au moment de l'amorce (p. ex. difficultés de fonctionnement social ou scolaire importantes, isolement et désengagement, peurs, phobies, attaques de panique, inquiétudes démesurées, problèmes liés à l'alimentation).

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – AMORCE DU TRAITEMENT

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Envisager un médicament de la classe des ISRS, p. ex. dans les situations suivantes :
 - symptômes modérés ou sévères ou qui nuisent sérieusement au fonctionnement du jeune;
 - réponse partielle ou absente à l'intervention psychosociale ou à la psychothérapie après des essais significatifs;
 - symptômes ou condition médicale ne permettant pas d'anticiper un bénéfice avec les interventions psychosociales ou les psychothérapies ou refus de ces interventions.

2.1.4 Choix du traitement

Les mécanismes d'action principaux des différents ISRS seraient suffisamment similaires pour conclure à un effet de classe (Walter *et al.*, 2020). Bien qu'il existe un effet de classe, aucun des documents avec recommandations recensés n'indique quelles molécules devraient être privilégiées chez les jeunes. En effet, parmi les différents ISRS, certaines parties prenantes ont souligné qu'il est parfois difficile pour les cliniciens de première ligne de choisir la molécule à utiliser en premier, en deuxième ou en troisième choix et de déterminer les moins bons choix chez les jeunes. Selon elles, un ordonnancement permettrait de mieux orienter le choix et, ultimement, l'ISRS sera choisi en fonction des particularités des molécules et de la situation clinique spécifique du jeune. Certains parents dont le jeune âgé entre 12 et 17 ans a reçu un médicament pour son trouble anxieux ont ressenti l'hésitation du clinicien de première ligne à prescrire un ISRS à leur enfant, ce qui a été perçu comme insécurisant.

2.1.4.1 ISRS

Selon la revue systématique d'études primaires de l'INESSS, les ISRS pourraient diminuer les symptômes, améliorer le fonctionnement global, augmenter le nombre de répondants et contribuer à une rémission avec un niveau de certitude de la preuve de très faible à élevé (Albano *et al.*, 2018; Beidel *et al.*, 2007; Birmaher *et al.*, 2003; Clark *et*

al., 2005; da Costa *et al.*, 2013; Fatori *et al.*, 2018; Geller *et al.*, 2001; Geller *et al.*, 2004; Ginsburg *et al.*, 2014; Ginsburg *et al.*, 2011; Hudson *et al.*, 2023; Liebowitz *et al.*, 2002; March *et al.*, 1998; Piacentini *et al.*, 2014; POTS, 2004; Riddle *et al.*, 2001; RUPP, 2001; Rynn *et al.*, 2001; Skarphedinsson *et al.*, 2015; Storch *et al.*, 2013; Strawn *et al.*, 2020; Strawn *et al.*, 2023; Wagner *et al.*, 2004; Walkup *et al.*, 2008).

L'INESSS a également réalisé une série de méta-analyses *de novo* à partir de données extraites des études primaires qui mesuraient la réponse au traitement. Le critère de réponse au traitement a été évalué à l'aide de l'échelle *Clinical Global Impressions – Improvement* (CGI-I) (version pour cliniciens). Les jeunes considérés comme des répondeurs se situaient aux niveaux 1 et 2 de cette échelle d'évaluation après le traitement. Les méta-analyses de l'INESSS ont été réalisées de différentes façons :

- par molécule;
- par condition (trouble anxieux ou TOC);
- pour l'effet de classe.

Une première méta-analyse de l'INESSS montre un effet de classe des ISRS sur la réponse au traitement pour les troubles anxieux et le TOC supérieur au placebo (12 études, risque relatif [RR] de 1,90 [IC95 % :1,60 à 2,24], niveau de certitude de la preuve modéré).

2.1.4.1.1 Fluoxétine et sertraline

Plus spécifiquement, la fluoxétine et la sertraline sont les molécules pour lesquelles il existe le plus grand nombre de données scientifiques. Les résultats des méta-analyses par molécule de l'INESSS indiquent une augmentation statistiquement significative de la réponse au traitement (nombre de répondeurs) chez les jeunes qui utilisent la fluoxétine (5 études, RR : 1,94 [IC95 % : 1,27 à 2,95]; niveau de certitude de la preuve faible) ou la sertraline (3 études, RR : 2,12 [IC95 % : 1,38 à 3,27]; niveau de certitude de la preuve modérée) en comparaison d'un placebo.

De plus, la fluoxétine et la sertraline pourraient diminuer les symptômes, améliorer le fonctionnement global ou contribuer à une rémission avec des niveaux de certitude de la preuve allant de très faible à modéré (Albano *et al.*, 2018; Beidel *et al.*, 2007; Birmaher *et al.*, 2003; Clark *et al.*, 2005; da Costa *et al.*, 2013; Fatori *et al.*, 2018; Geller *et al.*, 2001; Ginsburg *et al.*, 2014; Ginsburg *et al.*, 2011; Hudson *et al.*, 2023; Liebowitz *et al.*, 2002; March *et al.*, 1998; Piacentini *et al.*, 2014; POTS, 2004; Rynn *et al.*, 2001; Skarphedinsson *et al.*, 2015; Storch *et al.*, 2013; Walkup *et al.*, 2008). Toutefois, il n'a pas été possible de réaliser des méta-analyses pour ces paramètres de résultats, en raison de l'utilisation de plusieurs échelles d'évaluation hétérogènes ou du manque de données disponibles. Pour plus de détails sur les constats et les données scientifiques concernant la fluoxétine et la sertraline, consulter l'[annexe I](#) et le document *Annexes complémentaires*.

La fluoxétine et la sertraline ont des caractéristiques pharmacocinétiques avantageuses (demi-vie d'élimination de 96 à 144 heures pour la fluoxétine et de 26 heures pour la sertraline) (BGP Pharma ULC, 2023b; Eli Lilly Canada Inc., 2024), diminuant ainsi le risque de symptômes de sevrage. Selon l'expérience clinique des parties prenantes, le profil d'innocuité de ces deux molécules est acceptable. Finalement, plusieurs parties prenantes prescrivent ces molécules comme premier choix de traitement pour un trouble anxieux ou un TOC chez les jeunes âgés entre 12 et 17 ans et observent une amélioration cliniquement significative des symptômes et du fonctionnement.

2.1.4.1.2 Escitalopram

La revue systématique d'études primaires de l'INESSS a permis de retenir deux études concernant l'usage de l'escitalopram chez des jeunes présentant un trouble anxieux et aucune chez des jeunes présentant un TOC. L'escitalopram pourrait diminuer les symptômes des troubles anxieux avec un niveau de certitude de la preuve faible (Strawn *et al.*, 2020; Strawn *et al.*, 2023). Une étude montrait une réponse au traitement (nombre de répondeurs) statistiquement supérieure chez les jeunes qui ont reçu de l'escitalopram comparativement à ceux qui ont reçu un placebo (RR : 2,56 [IC95 % : 1,20 à 5,49]; niveau de certitude de la preuve faible) (Strawn *et al.*, 2020). Toutefois, dans l'autre étude, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes concernant la réponse au traitement (RC : 1,25 [IC95 % : 0,70 à 2,26]; niveau de certitude de la preuve faible) (Strawn *et al.*, 2023). Les données sont donc insuffisantes pour dégager un constat concernant la réponse au traitement. Pour plus de détails sur les constats et les données scientifiques concernant l'escitalopram, consulter l'[annexe I](#) et le document *Annexes complémentaires*.

Cette molécule a une demi-vie d'élimination relativement longue (32 heures) (BGP Pharma ULC, 2021, 2023a, 2023b; Eli Lilly Canada Inc., 2021, 2024; GlaxoSmithKline Inc., 2022; Lundbeck Canada Inc., 2023, 2024) et un profil d'innocuité acceptable chez les jeunes selon les parties prenantes. De plus, il est fréquent que la prescription, par les parties prenantes, d'un traitement avec l'escitalopram chez un jeune qui présente un trouble anxieux ou un TOC procure une amélioration clinique significative. Toutefois, puisqu'il y a moins d'études scientifiques portant sur des jeunes traités avec l'escitalopram qu'avec la fluoxétine ou la sertraline, les parties prenantes considèrent que cette molécule devrait être utilisée en deuxième choix de traitement.

2.1.4.1.3 Citalopram et fluvoxamine

La revue systématique d'études primaires de l'INESSS n'a permis de retenir aucune étude sur l'usage du citalopram chez les jeunes présentant un trouble anxieux ou un TOC. Cette molécule a une demi-vie d'élimination relativement longue (37 heures) (BGP Pharma ULC, 2021, 2023a, 2023b; Eli Lilly Canada Inc., 2021, 2024; GlaxoSmithKline Inc., 2022; Lundbeck Canada Inc., 2023, 2024) et, selon les parties prenantes, un profil d'innocuité acceptable et une assez longue expérience d'utilisation chez les jeunes, avec des résultats positifs. Toujours selon les parties prenantes, puisque, comme mentionné plus haut, un effet de classe est rapporté pour tous les ISRS (y compris le citalopram),

cette molécule a sa place dans les traitements recommandés, mais en troisième choix en raison du manque de données scientifiques.

Peu de données scientifiques ont été recensées concernant l'usage de la fluvoxamine chez des jeunes présentant un trouble anxieux ou un TOC. Une étude montrait une réponse au traitement (nombre de répondeurs) statistiquement supérieure au placebo chez des jeunes traités avec la fluvoxamine pour un trouble anxieux (RR de 2,61 [IC95 % : 1,74 à 3,90]; niveau de certitude de la preuve faible) (RUPP, 2001), alors qu'une autre étude montrait une réponse au traitement (nombre de répondeurs) non statistiquement significative en comparaison d'un placebo chez des jeunes traités avec la fluvoxamine pour un TOC (RR de 1,88 [IC95 % : 0,94 à 3,76]; niveau de certitude de la preuve très faible) (Riddle *et al.*, 2001). De plus, la fluvoxamine pourrait diminuer les symptômes avec des niveaux de certitude de la preuve allant de très faible à faible (Riddle *et al.*, 2001; RUPP, 2001). Toutefois, il n'a pas été possible de réaliser une méta-analyse pour ce paramètre de résultat, principalement en raison de l'utilisation d'échelles d'évaluation hétérogènes. Pour plus de détails sur les constats et les données scientifiques concernant la fluvoxamine, consulter l'[annexe I](#) et le document *Annexes complémentaires*.

La fluvoxamine a une demi-vie d'élimination plus courte (17 à 22 heures), ce qui amène la possibilité de symptômes de sevrage plus importants (BGP Pharma ULC, 2021). De plus, la monographie précise que les doses dépassant 150 mg par jour doivent être fractionnées de sorte qu'une dose maximale de 150 mg soit administrée au coucher (BGP Pharma ULC, 2021). Les parties prenantes rapportent l'absence d'avantage à utiliser la fluvoxamine en comparaison de la fluoxétine, de la sertraline et de l'escitalopram. De plus, la prise deux fois par jour et la possibilité de symptômes de sevrage représentent des inconvénients importants selon elles, d'où le positionnement de la fluvoxamine en troisième choix de traitement.

2.1.4.1.4 Paroxétine

Peu de données scientifiques ont été recensées concernant l'usage de la paroxétine chez des jeunes présentant un trouble anxieux ou un TOC. Les résultats d'une des méta-analyses par molécule de l'INESSS indiquent une augmentation statistiquement significative de la réponse au traitement (nombre de répondeurs) chez les jeunes qui utilisent de la paroxétine (2 études, RR de 1,74 [IC95 % : 1,20 à 2,53]; niveau de certitude de la preuve très faible) en comparaison d'un placebo.

De plus, la paroxétine pourrait diminuer les symptômes, améliorer le fonctionnement global ou contribuer à une rémission avec des niveaux de certitude de la preuve allant de très faible à faible (Geller *et al.*, 2004; Riddle *et al.*, 2001; RUPP, 2001; Wagner *et al.*, 2004). Toutefois, il n'a pas été possible de réaliser des méta-analyses pour ces paramètres de résultats, principalement en raison de l'utilisation d'échelles d'évaluation hétérogènes ou du manque de données disponibles. Pour plus de détails sur les constats et les données scientifiques concernant la paroxétine, consulter l'[annexe I](#) et le document *Annexes complémentaires*.

La paroxétine a une demi-vie d'élimination courte (15 à 24 heures), ce qui amène la possibilité de symptômes de sevrage importants (BGP Pharma ULC, 2021; GlaxoSmithKline Inc., 2022). En effet, selon l'expérience clinique des parties prenantes, la paroxétine est associée à plus de symptômes de sevrage à la suite d'une omission de dose ou d'un arrêt abrupt du traitement et à plus d'effets indésirables que les autres ISRS, notamment les troubles sexuels. Dans ce contexte, certaines parties prenantes consultées évitent généralement de prescrire la paroxétine autant chez les adultes que chez les plus jeunes.

2.1.4.1.5 Nombre nécessaire pour traiter (NNT)

Les résultats des méta-analyses par condition effectuées dans le cadre des présents travaux à partir des données extraites des études primaires ont permis de calculer des « nombres nécessaires pour traiter (NNT) ». Le NNT est de 4 pour les troubles anxieux et de 6 pour le TOC. Ces NNT signifient que, respectivement, 4 ou 6 jeunes doivent recevoir un ISRS afin qu'un jeune de plus qu'avec le placebo bénéficie de l'effet clinique attendu après un traitement de 8 à 16 semaines.

2.1.4.1.6 Choix de l'ISRS en fonction d'exemples de situation clinique

Certaines parties prenantes ont souligné qu'il serait important de soutenir davantage les cliniciens dans le choix du traitement avec des exemples de situations cliniques qui orienteraient le choix vers un ISRS plutôt qu'un autre. De plus, ils ont mentionné que des informations concernant la consommation concomitante d'alcool, de tabac ou de cannabis avec un ISRS seraient pertinentes.

Certains éléments pouvant orienter le choix du traitement sont proposés dans les documents avec recommandations recensés. Par exemple, la fluvoxamine peut présenter un potentiel plus élevé d'interactions médicamenteuses en raison du fait qu'elle peut interagir avec des médicaments métabolisés par un nombre important de cytochromes (Bobbitt *et al.*, 2023; GovBC, 2024; HQO, 2020b; MCCMH, 2024; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020). Il en est de même pour la fluoxétine qui a entre autres le potentiel d'interagir avec l'atomoxétine utilisé pour traiter le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, une comorbidité fréquente (BGP Pharma ULC, 2023b; Eli Lilly Canada Inc., 2024). Le citalopram et l'escitalopram peuvent entraîner une prolongation de l'intervalle QT ou une arythmie (augmentation du risque à des doses > 40 mg/jour (citalopram) ou > 20 mg/jour (escitalopram) ou lorsqu'ils sont combinés à des médicaments qui allongent l'intervalle QT) faisant en sorte que leur utilisation serait idéalement à éviter en présence de problèmes cardiaques (Bobbitt *et al.*, 2023; GovBC, 2024; HQO, 2020b; MCCMH, 2024; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020). Par ailleurs, avec sa longue demi-vie d'élimination (BGP Pharma ULC, 2023b; Eli Lilly Canada Inc., 2024) et la disponibilité d'une solution orale, l'utilisation de la fluoxétine est avantageuse pour les personnes avec une difficulté à avaler des comprimés et des capsules et pour les personnes avec un problème anticipé d'adhésion au traitement (MCCMH, 2024). Les comprimés orodispersibles d'escitalopram sont également utiles en présence d'une difficulté à avaler des comprimés et des capsules. Selon les parties prenantes, la solution

orale de fluoxétine permet également une instauration plus graduelle avec de plus petites doses, ce qui peut être utile lorsque le jeune a déjà vécu un syndrome d'activation.

Concernant les préoccupations de certains jeunes face au risque de gain pondéral ou de troubles sexuels, aucune donnée scientifique permettant d'identifier l'ISRS à privilégier ou à éviter n'est disponible.

En présence d'une réponse positive ou négative antérieure à un ISRS chez le jeune ou un membre de sa famille immédiate, les parties prenantes ont souligné la pertinence de privilégier ou d'éviter (selon le cas) le même ISRS. Finalement, elles ont tenu à préciser qu'aucun ISRS n'est formellement à éviter avec le tabac, l'alcool ou le cannabis. Pour l'alcool et le cannabis, elles ont mentionné que le risque principal n'est pas en lien avec une interaction potentielle avec un ISRS, mais plutôt avec les effets de ces substances sur le système nerveux et sur la santé mentale qui peuvent aggraver les symptômes que l'ISRS est censé traiter. Finalement, elles ont tenu à préciser que le tabac peut réduire légèrement les concentrations de fluvoxamine, ce qui peut parfois nécessiter un ajustement de dose.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CHOIX DU TRAITEMENT

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Choisir l'ISRS en fonction des particularités des molécules et de la situation clinique du jeune.
- Les 1^{ers} choix de traitement sont la fluoxétine ou la sertraline.
- Le 2^e choix de traitement est l'escitalopram.
- Les 3^{es} choix de traitement sont le citalopram ou la fluvoxamine.
- L'usage de la paroxétine est à éviter chez les jeunes.

Choix de l'ISRS en fonction d'exemples de situation clinique :

Situation clinique	ISRS à privilégier ou à éviter
Difficulté à avaler des comprimés/capsules	Privilégier la solution orale de fluoxétine ou les comprimés orodispersibles ¹ d'escitalopram.
Problème anticipé d'adhésion au traitement	Privilégier la fluoxétine.
Antécédent de syndrome d'activation	Privilégier la solution orale de fluoxétine qui permet une instauration plus graduelle de l'ISRS avec de plus petites doses.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponse positive ou négative antérieure à un ISRS ▪ Réponse positive ou négative à un ISRS chez un membre de la famille immédiate 	Privilégier ou éviter, selon le cas, le même ISRS.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préoccupations face au risque de gain pondéral 	Aucune donnée permettant d'identifier l'ISRS à privilégier n'est disponible.

<ul style="list-style-type: none"> Préoccupations face au risque de troubles sexuels 	
Polypharmacie	Privilégier un ISRS autre que la fluvoxamine ou la fluoxétine.
TDAH concomitant traité avec atomoxétine	Privilégier un ISRS autre que la fluoxétine.
Problèmes cardiaques	Privilégier un ISRS autre que le citalopram ou l'escitalopram.
Tabagisme	Tous les ISRS sont compatibles ² .
<ul style="list-style-type: none"> Usage d'alcool Usage de cannabis 	Aucune interaction n'existe entre les ISRS et l'alcool ou le cannabis. L'usage d'alcool ³ ou de cannabis ⁴ est cependant déconseillé pendant un traitement par ISRS.

1. Non remboursés dans le cadre du régime public d'assurance médicaments.
2. Le tabac peut réduire légèrement les concentrations de fluvoxamine, ce qui peut nécessiter un ajustement de dose.
3. L'alcool peut provoquer des effets additifs à ceux de l'ISRS sur le système nerveux et aggraver les symptômes que l'ISRS est censé traiter.
4. Le risque principal de l'usage concomitant de cannabis est en lien avec les effets de ce dernier sur la santé mentale. Chez un jeune, le cannabis peut, par exemple, augmenter l'anxiété, perturber le sommeil, réduire l'efficacité perçue de l'ISRS, déstabiliser l'humeur et augmenter le risque de symptômes psychotiques. Ces effets peuvent imiter ou aggraver les symptômes que l'ISRS est censé traiter.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – CHOIX DU TRAITEMENT

De l'appréciation de la preuve découlent les constats suivants :

- Les mécanismes d'action principaux des différents ISRS sont suffisamment similaires pour conclure à un effet de classe.
- Le nombre de jeunes qu'il faut traiter avec un ISRS afin qu'un jeune de plus qu'avec le placebo réponde au traitement 8 à 16 semaines après l'amorce de celui-ci (*Number Needed to Treat* (NNT)) est de 4 pour un trouble anxieux et de 6 pour un TOC.

2.1.5 Caractéristiques des ISRS

Dans les documents avec recommandations retenus, il est mentionné que le traitement par ISRS doit être débuté avec une faible dose qui sera augmentée graduellement (p. ex. toutes les 2 à 4 semaines), au besoin, en fonction des effets observés (efficacité, tolérabilité) (Bobbitt *et al.*, 2023; MCCMH, 2024; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020). Certains des documents précisent une posologie courante et une posologie maximale pour chaque molécule (Bobbitt *et al.*, 2023; UHRBC, 2023). Les parties prenantes ont spécifié que des doses plus élevées d'ISRS sont parfois nécessaires pour le traitement du TOC et que des doses initiales plus faibles peuvent être utilisées chez les jeunes très sensibles aux effets indésirables. Étant donné que l'usage des ISRS n'est pas homologué par Santé Canada pour les personnes de moins de 18 ans, certaines des informations cliniques, notamment les contre-indications, les particularités, les

formulations disponibles au Canada et la demi-vie d'élimination, proviennent des monographies pour adultes (BGP Pharma ULC, 2021, 2023a, 2023b; Eli Lilly Canada Inc., 2021, 2024; GlaxoSmithKline Inc., 2022; Lundbeck Canada Inc., 2023, 2024).

De plus, la U.S. Food and Drug Administration a approuvé l'usage de trois ISRS chez les jeunes présentant un TOC (fluoxétine ≥ 7 ans], sertraline ≥ 6 ans], fluvoxamine ≥ 8 ans]) et l'usage de deux ISRS chez les jeunes présentant un trouble dépressif majeur (escitalopram ≥ 12 ans], fluoxétine ≥ 8 ans]) (Dwyer et Bloch, 2019), ce qui pourrait également influencer les choix de traitement.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – CARACTÉRISTIQUES DES ISRS

Au terme de l'appréciation de la preuve :

- Des recommandations en lien avec les caractéristiques des ISRS ont été formulées. Elles se retrouvent à l'[annexe II](#) du présent rapport.

2.1.6 Soutien par l'équipe de pédopsychiatrie après l'amorce du traitement

Certains des documents avec recommandations recensés indiquent qu'une orientation vers la pédopsychiatrie est recommandée lorsque le jeune ne répond pas au traitement avec un ISRS ou ne le tolère pas (GovBC, 2024; HQO, 2020b; UHRBC, 2023). Les parties prenantes ont cependant précisé qu'il n'est pas rare que l'essai d'un premier ISRS n'amène pas les résultats escomptés (p. ex. échec de traitement ou persistance d'un effet indésirable parmi ceux les plus fréquemment observés qui a un impact sur la qualité de vie) et que l'usage d'un autre ISRS doit être tenté. Selon ces dernières, le clinicien de première ligne peut très bien prendre en charge ce deuxième essai; cependant, si l'essai du deuxième ISRS n'est toujours pas concluant, il devrait orienter le jeune vers la pédopsychiatrie pour une prise en charge. Certains parents dont le jeune âgé entre 12 et 17 ans a reçu un médicament pour son trouble anxieux ont rapporté de nombreux ajustements avant de trouver la bonne molécule et la bonne dose.

De plus, en présence d'un effet indésirable plus rare, mais grave, avec un ISRS, la prise du médicament en cause doit généralement être cessée (Walter *et al.*, 2020). Si un tel effet indésirable survient, les parties prenantes mentionnent que le clinicien pourrait contacter, au besoin, l'équipe de pédopsychiatrie afin d'obtenir du soutien pour établir la marche à suivre (p. ex. déterminer si l'essai d'un autre ISRS est sécuritaire). Il en est de même en présence d'un syndrome d'activation.

Deux IRSN (duloxétine et venlafaxine XR) ont fait l'objet d'études chez des jeunes présentant un trouble anxieux. La venlafaxine pourrait diminuer les symptômes avec un niveau de certitude de la preuve faible (Strawn *et al.*, 2015). La duloxétine pourrait diminuer les symptômes, augmenter le nombre de répondeurs et contribuer à une rémission avec un niveau de certitude de la preuve modéré (Strawn *et al.*, 2015). Pour plus de détails sur les constats et les données concernant les IRSN, voir l'[annexe I](#) et le document *Annexes complémentaires*.

Certains des documents avec recommandations retenus mentionnent que les IRSN pourraient être considérés pour le traitement d'un trouble anxieux lorsqu'au moins deux ISRS ont été tentés sans succès (échecs de traitement ou effets indésirables) (MCCMH, 2024; UHRBC, 2023), alors que d'autres présentent les IRSN comme une autre option de traitement, sans préciser dans quelles situations les employer (Bobbitt *et al.*, 2023; Walter *et al.*, 2020). Par ailleurs, comme mentionné plus haut, les parties prenantes sont d'avis que les IRSN (duloxétine ou venlafaxine XR) ne sont pas un traitement de première intention chez un jeune de 12 à 17 ans qui présente un trouble anxieux et qu'ils pourraient être considérés seulement lorsque deux ISRS ou plus ont été administrés sans succès, et ce, dans le cadre d'une prise en charge en pédopsychiatrie. En effet, selon leur perspective, l'utilisation de la duloxétine ou de la venlafaxine XR est généralement considérée après plusieurs essais d'ISRS qui se sont avérés infructueux, donc elle implique une situation clinique complexe.

Selon les résultats de la revue systématique d'études primaires, aucun IRSN n'a fait l'objet d'études chez des jeunes présentant un TOC. L'usage d'un médicament parmi cette classe n'est donc pas recommandé dans cette population.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SOUTIEN PAR L'ÉQUIPE DE PÉDOPSYCHIATRIE APRÈS L'AMORCE DU TRAITEMENT

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

Si effet indésirable plus rare, mais grave ou syndrome d'activation :

- Contacter, au besoin, l'équipe de pédopsychiatrie afin d'obtenir du soutien pour établir la marche à suivre.

Si ≥ 2 essais thérapeutiques infructueux avec un ISRS (p. ex. échec de traitement ou persistance d'un effet indésirable parmi ceux les plus fréquemment observés qui a un impact sur la qualité de vie) :

- Orienter le jeune vers l'équipe de pédopsychiatrie pour une prise en charge :
 - pour un trouble anxieux, l'usage d'un IRSN (duloxétine ou venlafaxine XR) pourrait être considéré par l'équipe de pédopsychiatrie.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – SOUTIEN PAR L'ÉQUIPE DE PÉDOPSYCHIATRIE APRÈS L'AMORCE DU TRAITEMENT

De l'appréciation de la preuve découle le constat suivant :

- La duloxétine et la venlafaxine XR n'ont pas fait l'objet d'études chez des jeunes qui ont un TOC.

2.1.7 Effets indésirables des ISRS

Dans les documents avec recommandations retenus, il est mentionné que les effets indésirables courants (p. ex. nausées, céphalées, insomnie) (Bobbitt *et al.*, 2023; MCCMH, 2024; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020) surviennent généralement au cours des premières semaines de traitement et s'atténuent ou disparaissent souvent peu de temps après (UHRBC2023). La survenue d'effets indésirables rares, mais potentiellement graves (p. ex. manie/hypomanie, toxicité sérotoninergique) (Bobbitt *et al.*, 2023; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020) est également possible. Chez les jeunes, l'usage d'un ISRS pourrait également être associé à un risque accru d'idées ou de comportements suicidaires (Bobbitt *et al.*, 2023; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020). Certaines parties prenantes ont précisé que, bien que plusieurs effets indésirables s'atténuent ou disparaissent avec le temps, d'autres, par exemple les répercussions sur le poids et sur la sexualité, peuvent persister et avoir un impact significatif chez le jeune. Elles ont également précisé qu'en cas d'insomnie, de somnolence ou de fatigue/asthénie, le moment de la prise de l'ISRS peut être modifié.

En ce qui concerne les troubles sexuels, les parties prenantes ont mentionné l'importance d'ouvrir le dialogue sur la sexualité avec le jeune et de l'inviter à poser ses questions à un membre de l'équipe soignante, de sa famille ou de son entourage, au besoin. Certaines d'entre elles donnent au jeune des exemples précis de problèmes sexuels qu'il pourrait rencontrer. Bien que l'effet des ISRS sur la fonction sexuelle n'ait pas été évalué dans les études chez des jeunes de 12 à 17 ans, des problématiques en lien avec le désir (p. ex. diminution de la libido), avec l'excitation (p. ex. dysfonction érectile ou lubrification vaginale insuffisante) ou avec l'orgasme (p. ex. orgasme retardé, anorgasmie) ont, entre autres, été rapportées dans les études chez les adultes (Hirsch et Birnbaum, 2024).

Un autre effet indésirable possible est le syndrome d'activation qui correspond à un état d'hypervigilance caractérisé par la présence d'un ensemble de symptômes (*de novo* ou exacerbés) parmi les suivants : agitation, insomnie, irritabilité, impulsivité, agressivité, désinhibition. Ce syndrome survient généralement au début du traitement (pendant la première semaine) ou lors d'une augmentation de la dose. Il diminue en intensité avec une réduction de la dose (un arrêt du traitement est parfois nécessaire). Il serait davantage observé chez les enfants et les adolescents plus jeunes que chez les plus âgés (Luft *et al.*, 2018). Selon les parties prenantes, le syndrome d'activation doit être distingué de l'augmentation transitoire de l'anxiété, de la manie/hypomanie et de la toxicité sérotoninergique et nécessite une évaluation clinique complète et un suivi de l'évolution des symptômes. Il importe donc de ne pas conclure à un trouble comorbide, par exemple un TDAH, avant d'exclure la possibilité d'un syndrome d'activation.

La toxicité sérotoninergique, causée par une élévation du niveau de sérotonine cérébrale, peut être déclenchée par la prise concomitante d'agents sérotoninergiques, par la présence d'une interaction médicamenteuse ou par une surdose (Walter *et al.*, 2020). Les symptômes de cette toxicité se caractérisent par des troubles de l'état mental (confusion, agitation, anxiété), une hyperactivité neuromusculaire (tremblements, myoclonie, hyperréflexie, rigidité musculaire) et une hyperactivité du système nerveux

autonome (hypertension, tachycardie, arythmies, tachypnée, diaphorèse, frissons, vomissements, diarrhée). Les symptômes avancés comprennent la fièvre, les convulsions, les arythmies et la perte de conscience, pouvant entraîner le décès. La prise en charge se fait en milieu hospitalier et consiste en l'arrêt de tous les agents sérotoninergiques et en la prestation de soins de soutien, avec une surveillance cardiaque continue (Walter *et al.*, 2020). Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), notamment la phénelzine, l'isocarboxazide, le moclobémide, l'isoniazide, le linézolide et le bleu de méthylène, joueraient un rôle dans la plupart des cas de syndrome sérotoninergique et leur usage devrait être évité en association avec tout autre médicament sérotoninergique, y compris un autre IMAO. De plus, la prudence est de mise lors de l'association de deux ou plusieurs médicaments sérotoninergiques non-IMAO, y compris des antidépresseurs (p. ex. ISRS, IRSN, antidépresseurs tricycliques), des opioïdes et autres analgésiques (p. ex. tramadol, mépéridine, méthadone, fentanyl), des stimulants (p. ex. amphétamines), des médicaments contre la toux, le rhume et les allergies (p. ex. dextrométhorphanne, chlorphéniramine), d'autres médicaments en vente libre (p. ex. millepertuis, L-tryptophane, pilules amaigrissantes) et des drogues illicites (p. ex. ecstasy, méthamphétamine, cocaïne, 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA)) (Walter *et al.*, 2020).

La recherche systématique de la littérature scientifique effectuée par l'INESSS a permis de repérer 17 études primaires qui dénombraient des effets indésirables associés aux ISRS (Birmaher *et al.*, 2003; da Costa *et al.*, 2013; Geller *et al.*, 2001; Geller *et al.*, 2004; Hudson *et al.*, 2023; Liebowitz *et al.*, 2002; March *et al.*, 1998; POTS, 2004; Riddle *et al.*, 2001; Riddle *et al.*, 1992; Robb *et al.*, 2010; RUPP, 2001; Rynn *et al.*, 2001; Storch *et al.*, 2013; Strawn *et al.*, 2020; Strawn *et al.*, 2023; Wagner *et al.*, 2004; Walkup *et al.*, 2008). Le tableau ci-dessous présente une synthèse des effets indésirables observés dans ces études, en comparant leur fréquence ([Tableau 2](#)). L'impact des ISRS sur le poids et sur la fonction sexuelle n'a pas été évalué dans les études primaires retenues. La perte ou la prise de poids et les troubles sexuels font cependant partie de la liste des effets indésirables possibles chez l'adulte. Il en est de même pour les saignements, les convulsions, la toxicité sérotoninergique, l'arythmie (citalopram et escitalopram) et la prolongation de l'intervalle QT (citalopram et escitalopram) dont la présence n'a pas été évaluée dans les études primaires recensées.

Tableau 2 Effets indésirables (EI) les plus fréquents des ISRS dans les études primaires recensées

Effets indésirables	% des EI dans les groupes placebo ¹ , niveau de base	% des EI dans les groupes de traitement ISRS	Risque relatif ² (IC 95 %)	% estimé d'augmentation des EI chez les jeunes traités avec un ISRS (IC 95 %)	% maximal estimé des EI chez les jeunes traités avec un ISRS
Agitation	4,3	6,6	1,53 (1,04 à 2,24)	2,3 (0,2 à 5,3)	9,6
Céphalée	12,1	14,7	1,21 (0,96 à 1,52)	2,5 (-0,5 à 6,3)	18,4
Diarrhée	4,4	6,8	1,56 (1,07 à 2,26)	2,5 (0,3 à 5,5)	9,9
Douleurs abdominales	10,0	13,5	1,35 (1,06 à 1,73)	3,5 (0,6 à 7,63)	17,3
Fatigue / asthénie	6,0	9,8	1,53 (1,13 à 2,08)	3,2 (0,8 à 6,5)	12,5
Hyperactivité	2,4	4,7	2,00 (1,22 à 3,28)	2,4 (0,5 à 5,5)	7,9
Insomnie	7,9	14,4	1,81 (1,39 à 2,36)	6,4 (3,1 à 10,7)	18,6
Nausée	8,2	10,8	1,32 (1,00 à 1,75)	2,6 (0,0 à 6,2)	14,4
Perte d'appétit	2,4	6,7	2,82 (1,76 à 4,52)	4,4 (1,8 à 8,4)	10,8
Somnolence	3,5	7,5	2,12 (1,43 à 3,16)	3,9 (1,5 à 7,6)	11,1
Vomissement	2,5	4,4	1,80 (1,10 à 2,94)	2,0 (0,3 à 4,9)	7,4

¹. L'incidence des effets indésirables dans les groupes placebo des études retenues pourrait varier de celle observée dans la population générale.

². Le risque relatif a été calculé à partir des événements observés dans les groupes traités par un ISRS et les groupes placebo des études disposant de données sur ces effets indésirables.

La recherche systématique de la littérature scientifique de l'INESSS a également permis de repérer une revue systématique qui présente des données sur les effets indésirables associés aux ISRS chez les jeunes atteints de troubles anxieux (Karawekpanyawong *et al.*, 2025). De plus, des méta-analyses ont été effectuées *de novo* par l'INESSS sur les données des études primaires pour les effets indésirables plus rares, mais graves, notamment les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le syndrome d'activation. Les résultats obtenus ne sont pas statistiquement significatifs et le manque de données scientifiques ne permet pas de pouvoir en quantifier la fréquence. Les principaux constats de cette revue systématique et des méta-analyses *de novo* de l'INESSS peuvent être consultés à l'[annexe III](#) du présent rapport et dans le document *Annexes complémentaires*.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – EFFETS INDÉSIRABLES DES ISRS

De l'appréciation de la preuve découlent les constats suivants :

- Les effets indésirables les plus fréquents des ISRS surviennent généralement pendant les premières semaines de traitement et la plupart d'entre eux s'atténuent ou disparaissent peu de temps après.
- Certains effets indésirables peuvent cependant persister et avoir un impact significatif sur le jeune, par exemple ceux concernant le poids ou la sexualité. Ouvrir le dialogue sur la sexualité avec le jeune et l'inviter à poser ses questions à un membre de l'équipe soignante, de sa famille ou de son entourage, au besoin.
- Le syndrome d'activation correspond à un état d'hypervigilance caractérisé par la présence d'un ensemble de symptômes (*de novo* ou exacerbés) parmi les suivants : agitation, insomnie, irritabilité, impulsivité, agressivité, désinhibition. Ce syndrome :
 - survient au début du traitement (pendant la première semaine) ou à la suite d'une augmentation de la dose;
 - diminue en intensité avec une réduction de la dose. Un arrêt du traitement est parfois nécessaire;
 - est observé davantage chez les enfants et les adolescents plus jeunes que chez les plus âgés;
 - est à distinguer de l'augmentation transitoire de l'anxiété, de la manie/hypomanie et de la toxicité sérotoninergique : nécessite une évaluation clinique complète et un suivi de l'évolution des symptômes.
 - Par ailleurs, on ne doit pas conclure à un trouble comorbide, p. ex. un TDAH, avant d'exclure la possibilité d'un syndrome d'activation.
- Les principaux effets indésirables des ISRS sont les suivants :
 - digestif : augmentation ou diminution de l'appétit, diarrhée, douleur abdominale, nausée, vomissements;
 - métabolique : perte ou prise de poids;
 - système nerveux : agitation, céphalée, fatigue/asthénie, hyperactivité, insomnie, somnolence (en cas d'insomnie, de somnolence ou de fatigue/asthénie, le moment de la prise peut être modifié);
 - autres : troubles sexuels (entre autres des problématiques en lien avec le désir (p. ex. diminution de la libido), l'excitation (p. ex. dysfonction érectile, lubrification vaginale insuffisante), l'orgasme (p. ex. orgasme retardé, anorgasmie).
- Les effets indésirables plus rares, mais graves, sont les suivants :
 - cardiovasculaire : arythmie ou prolongation de l'intervalle QT associées au citalopram et à l'escitalopram (augmentation du risque à des doses

> 40 mg/jour (citalopram) ou > 20 mg/jour (escitalopram) OU lorsque combiné à des médicaments qui allongent l'intervalle QT);

- sang et système lymphatique : saignement;
- système nerveux : convulsions, manie/hypomanie, toxicité sérotoninergique (p. ex. agitation, hypersudation, tremblements, frissons, myoclonies, confusion, convulsions, décès), généralement associée à la combinaison d'au moins deux agents sérotoninergiques administrés à des doses thérapeutiques¹, à une interaction médicamenteuse ou à une surdose;
- autres : comportements ou idées suicidaires.

¹ En combinaison avec un ISRS, les agents suivants pourraient causer une toxicité sérotoninergique : inhibiteurs de la monoamine oxydase (p. ex. moclobémide, phénelzine, bleu de méthylène), certains opioïdes (p. ex. tramadol, fentanyl), certaines drogues stimulantes (p. ex. MDMA, amphétamines), certains produits de santé naturels et médicaments en vente libre (p. ex. sirop à base de dextrométhorphan, millepertuis), etc.

2.1.8 Symptômes de sevrage

Des symptômes de sevrage (p. ex. anxiété ou agitation, étourdissements ou vertiges, fatigue, fourmillements ou sensation de petits chocs électriques, insomnie, irritabilité, rêves excessifs, symptômes pseudo-grippaux) peuvent survenir en cas d'oublis de doses ou d'arrêt abrupt du traitement (MCCMH, 2024; Walter *et al.*, 2020), ce qui est également constaté dans la pratique clinique des parties prenantes consultées.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – SYMPTÔMES DE SEVRAGE

De l'appréciation de la preuve découle le constat suivant :

- Les principaux symptômes de sevrage (liste non exhaustive) sont les suivants : l'anxiété ou l'agitation, les étourdissements ou les vertiges, la fatigue, les fourmillements ou la sensation de petits chocs électriques, l'insomnie, l'irritabilité, les rêves excessifs et les symptômes pseudo-grippaux (p. ex. frissons, myalgie, transpiration excessive, céphalée, nausée).

2.2 Suivi du traitement pharmacologique

2.2.1 Principaux éléments de suivi

Les documents comportant des recommandations soulignent l'importance d'évaluer l'évolution des symptômes (Bobbitt *et al.*, 2023; HQO, 2020b; MCCMH, 2024), le niveau de fonctionnement (p. ex. la fréquentation scolaire et la participation aux activités quotidiennes) (Bobbitt *et al.*, 2023), la présence d'effets indésirables (HQO, 2020b; MCCMH, 2024), la satisfaction face au traitement (Bobbitt *et al.*, 2023) et l'adhésion au traitement (Bobbitt *et al.*, 2023; MCCMH, 2024) lors des visites de suivi. Les parties prenantes considèrent que la situation clinique et la présence d'idées ou de

comportements suicidaires sont également des éléments à évaluer lors du suivi. La situation clinique peut effectivement évoluer entre les rencontres, en ce qui concerne notamment les situations anxiogènes, les traumatismes vécus et la consommation de substances psychoactives. Aussi, tel que mentionné à la [section 2.1.7](#), chez les jeunes, l'usage d'un ISRS pourrait être associé à un risque accru d'idées ou de comportements suicidaires (Bobbitt *et al.*, 2023; UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020); une surveillance assidue des tendances suicidaires par les professionnels et la famille s'impose donc (Bobbitt *et al.*, 2023; HQO, 2020a; Walter *et al.*, 2020; WHO, 2023). Selon les parties prenantes, dans ce contexte, il faut établir avec le jeune et sa famille ou entourage une marche à suivre lorsqu'il manifeste (ou semble manifester) des idées ou des comportements suicidaires.

Afin de bien évaluer l'évolution du jeune depuis l'amorce du traitement, les parties prenantes ont jugé pertinent de rappeler que l'évaluation de l'efficacité du traitement doit se faire en fonction du délai depuis l'amorce de celui-ci. À cet effet, le document de principes de la Société canadienne de pédiatrie stipule que le jeune pourrait remarquer une atténuation de la gravité de ses symptômes dans les deux premières semaines suivant l'amorce, mais qu'il devra peut-être attendre de six à huit semaines avant de constater une amélioration cliniquement significative, et qu'il n'en éprouvera les effets bénéfiques maximaux qu'à compter de la douzième semaine environ (Bobbitt *et al.*, 2023). Dans les études primaires recensées, un début d'efficacité (pas toujours statistiquement significative) pouvait globalement être constaté deux à quatre semaines après l'amorce du traitement. Quatre à huit semaines de traitement étaient généralement nécessaires pour constater une efficacité statistiquement significative (Birmaher *et al.*, 2003; RUPP, 2001; Rynn *et al.*, 2001; Strawn *et al.*, 2020; Strawn *et al.*, 2023; Wagner *et al.*, 2004; Walkup *et al.*, 2008). Les parties prenantes ont mentionné que, selon leur expérience clinique, douze à seize semaines (et parfois même plus) sont nécessaires pour atteindre une efficacité optimale.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SUIVI

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

Évaluer les éléments suivants en tenant compte du délai depuis l'amorce du traitement :

- Évolution de la situation clinique (p. ex. situations anxiogènes, traumatismes, consommation de substances psychoactives)
- Efficacité du traitement et effets indésirables
- Idées ou comportements suicidaires
- Adhésion au traitement et satisfaction par rapport à celui-ci

Établir avec le jeune et sa famille ou son entourage une marche à suivre en présence d'idées ou de comportements suicidaires.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE SUIVI

De l'appréciation de la preuve découle le constat suivant :

- Délai depuis l'amorce du traitement : généralement, le début d'efficacité a lieu entre 2 et 4 semaines, l'efficacité significative est obtenue entre 4 et 8 semaines et l'efficacité optimale est constatée entre 12 et 16 semaines et plus.

2.2.2 Modalités et fréquence du suivi

Le traitement pharmacologique d'un trouble anxieux ou d'un TOC à l'aide d'un ISRS implique un suivi fréquent. Dans un document avec recommandations, un suivi toutes les deux semaines (MCCMH, 2024) est suggéré pendant les premières semaines de traitement et, lorsque la dose minimale efficace du médicament est établie et que celui-ci est bien toléré, un rendez-vous de suivi au moins une fois tous les trois mois (MCCMH, 2024) devrait être planifié. Les parties prenantes ont rapporté que la majorité des prescripteurs (p. ex. médecins de famille ou pédiatres) se voient dans l'impossibilité d'effectuer la totalité des suivis à eux seuls. D'autres professionnels de la santé (p. ex. pharmaciens et infirmières) peuvent également participer au suivi du jeune. Dans ce contexte de suivi conjoint, les parties prenantes considèrent que le suivi pourrait être hebdomadaire ou bimensuel pendant les premières semaines de traitement et tous les deux à trois mois par la suite (lorsque la dose minimale efficace est établie et que le traitement est bien toléré). Les parties prenantes ont précisé l'importance qu'au besoin, la fréquence du suivi soit ajustée en fonction de la situation clinique du jeune.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – MODALITÉS ET FRÉQUENCE DU SUIVI

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- En plus du prescripteur, d'autres professionnels (p. ex. pharmaciens, infirmières) peuvent participer au suivi.
- Premières semaines de traitement : suivi hebdomadaire ou bimensuel.
- Dose minimale efficace établie et traitement bien toléré : suivi tous les deux à trois mois (au besoin, ajuster la fréquence en fonction de la situation clinique du jeune).

2.3 Échec et modification du traitement pharmacologique

Dans les documents avec recommandations retenus qui abordent le sujet, l'échec du traitement est défini par l'absence d'amélioration significative après 6 à 8 semaines de traitement à la dose optimale pour un médicament spécifique (MCCMH, 2024; UHRBC, 2023). Bien qu'elles adhèrent à cette définition, les parties prenantes ont cependant précisé qu'avant de conclure à un échec de traitement, l'adhésion à celui-ci doit être évaluée, tout comme la présence d'éléments qui pourraient expliquer le potentiel échec (p. ex. évolution de la situation clinique, erreur de diagnostic, nouvelle(s) comorbidité(s)). Si rien ne semble pouvoir expliquer l'échec du traitement, les parties prenantes ont mentionné qu'elles trouvaient raisonnable qu'un clinicien de première ligne puisse tenter un changement vers un autre ISRS, le tout en tenant compte des risques de symptômes de sevrage et de toxicité sérotoninergique. Toujours selon elles, la persistance d'un effet indésirable parmi ceux les plus fréquemment observés qui a un impact sur la qualité de vie peut également justifier un changement d'ISRS. Comme mentionné à la [section 2.1.6](#), lorsque deux essais thérapeutiques infructueux ou plus sont survenus avec un ISRS, il est approprié d'orienter le jeune vers la pédopsychiatrie pour une prise en charge. Les documents avec recommandations recensés n'abordent pas l'opérationnalisation du changement d'ISRS. Les parties prenantes ont précisé que plusieurs méthodes existent et que la méthode du chassé-croisé est souvent privilégiée pendant une période plus ou moins longue selon l'urgence de la situation, les ISRS concernés et les risques d'interactions médicamenteuses. Des collègues expérimentés, notamment des pharmaciens, peuvent être consultés au besoin afin de soutenir le prescripteur dans la détermination de la meilleure stratégie de changement et son opérationnalisation.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – ÉCHEC ET MODIFICATION DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Avant de conclure à un échec de traitement, évaluer la présence d'éléments qui pourraient expliquer l'échec du traitement (p. ex. évolution de la situation clinique, erreur de diagnostic, nouvelle(s) comorbidité(s)).
- Si de tels éléments sont présents : réévaluer le jeune.
- Si de tels éléments sont absents :
 - au 1^{er} échec : tenter un changement¹ vers un autre ISRS en tenant compte des risques de symptômes de sevrage et de toxicité sérotoninergique;
 - au 2^e échec et aux suivants : orienter le jeune vers l'équipe de pédopsychiatrie pour une prise en charge.
- Consulter un collègue expérimenté (p. ex. un pharmacien), au besoin, pour déterminer la meilleure stratégie et l'opérationnaliser.

¹ La persistance d'un effet indésirable parmi ceux les plus fréquemment observés qui a un impact sur la qualité de vie peut également justifier un changement d'ISRS.

INFORMATION CLINIQUE RETENUE – ÉCHEC ET MODIFICATION DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

De l'appréciation de la preuve découlent les constats suivants :

- Définition d'un échec de traitement : absence d'amélioration significative après 6 à 8 semaines de traitement avec un ISRS à posologie thérapeutique chez un jeune qui adhère à son traitement.
- Différentes stratégies de changement de traitement existent. La méthode du chassé-croisé est souvent à privilégier pendant une période plus ou moins longue selon l'urgence de la situation, les médicaments concernés et les risques d'interactions médicamenteuses.

2.4 Arrêt du traitement pharmacologique

Les documents avec recommandations retenus précisent qu'une fois l'effet thérapeutique obtenu, il est généralement recommandé de poursuivre le traitement pendant environ au moins 12 mois (UHRBC, 2023; Walter *et al.*, 2020) avant d'envisager la possibilité d'un arrêt. Certains jeunes présentant des symptômes importants ou chroniques peuvent nécessiter un traitement à plus long terme (Walter *et al.*, 2020). Pour minimiser la possibilité de symptômes de sevrage, il convient de réduire progressivement la dose du médicament lorsqu'un arrêt est souhaité (MCCMH, 2024; Walter *et al.*, 2020). Il faut également assurer un suivi pendant plusieurs mois après l'arrêt afin de détecter une réapparition des symptômes (Walter *et al.*, 2020).

Les parties prenantes ont ajouté que le délai recommandé de 12 mois pour la poursuite du traitement implique un bon contrôle des symptômes pendant toute la période (les délais associés à l'atteinte de la dose minimale efficace sont exclus du calcul). Elles ont également souligné l'importance de choisir une période favorable de la vie du jeune pour tenter un arrêt, d'établir une stratégie d'arrêt propre à la situation personnelle de chaque jeune et d'impliquer sa famille ou son entourage afin de le soutenir et de suivre son évolution. Concernant la réduction progressive de la dose, les parties prenantes consultées étaient d'avis qu'un schéma unique de réduction de dose convenant à toutes les situations cliniques et à tous les ISRS n'existe pas, donc qu'il n'est pas possible de mentionner un tel schéma dans l'outil clinique. Elles ont soulevé la nécessité d'impliquer le pharmacien au besoin. Elles ont également précisé que la poursuite, lorsque possible, des interventions psychosociales ou de la psychothérapie après l'arrêt du traitement pharmacologique permettrait de minimiser les risques de rechute. Finalement, puisqu'elles sont souvent questionnées par les cliniciens de première ligne à ce sujet, les parties prenantes œuvrant en pédopsychiatrie ont mentionné la pertinence de préciser qu'en cas de retour des symptômes après un arrêt, il faut généralement reprendre la même molécule en augmentant graduellement la dose jusqu'à l'atteinte de la dose thérapeutique antérieure.

Finalement, des parents dont le jeune âgé entre 12 et 17 ans a reçu un médicament pour son trouble anxieux ont manifesté le désir d'être impliqués dans la décision d'arrêter ou non le traitement et/ou dans l'opérationnalisation de l'arrêt, le cas échéant.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – ARRÊT DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Poursuivre le traitement pendant environ 12 mois après que la dose minimale efficace a été établie avant d'envisager un arrêt.
- Considérer un traitement à plus long terme s'il y a présence de symptômes importants, invalidants ou chroniques.
- Choisir une période favorable de la vie du jeune (peu de situations anxiogènes).
- Minimiser la possibilité de survenue de symptômes de sevrage : réduire progressivement la dose du médicament lorsqu'un arrêt est souhaité. Consulter un collègue expérimenté (p. ex. un pharmacien) au besoin.
- Adopter une stratégie individualisée pour opérationnaliser l'arrêt.
- Impliquer la famille ou l'entourage afin de soutenir le jeune et de suivre son évolution.
- Poursuivre, idéalement, les interventions psychosociales ou la psychothérapie après l'arrêt du traitement pharmacologique afin de minimiser les risques de rechute.
- Assurer un suivi pendant plusieurs mois après l'arrêt afin de détecter une réapparition des symptômes.
- En cas de retour des symptômes, reprendre la même molécule en augmentant graduellement la dose jusqu'à l'atteinte de la dose thérapeutique antérieure.

2.5 Situation clinique complexe - orientation initiale en pédopsychiatrie et autres mesures de soutien

Parmi les documents avec recommandations recensés, peu abordent les situations cliniques pour lesquelles l'orientation du jeune vers un pédopsychiatre par le clinicien de première ligne est nécessaire dès l'évaluation initiale. Un déficit fonctionnel considérable (GovBC, 2024; HQO, 2020b), des symptômes sévères (GovBC, 2024; HQO, 2020b), des comorbidités multiples (HQO, 2020b), de l'autonégligence (HQO, 2020b), un risque important d'automutilation (HQO, 2020b) ou de suicide (GovBC, 2024; HQO, 2020b), de multiples échecs de traitement (GovBC, 2024; HQO, 2020b; UHRBC, 2023), la nécessité d'employer des doses élevées de médicaments (UHRBC, 2023) et la possibilité d'un trouble bipolaire ou d'une dépression post-partum (GovBC, 2024) sont les éléments nommés dans les documents concernés. Lorsque de tels éléments sont présents, le

clinicien devrait continuer de suivre le jeune jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par le spécialiste (GovBC, 2024).

Selon l'expérience clinique de parties prenantes, toutes ces situations justifiant une orientation vers la pédopsychiatrie sont parfois rencontrées lors de l'évaluation initiale, mais les plus communes sont les suivantes : un trouble grave (p. ex. symptômes très sévères ou psychotiques, déficit fonctionnel très sévère), de multiples comorbidités, un antécédent personnel ou familial de symptômes maniaques/hypomaniaques ou de trouble bipolaire et un risque suicidaire. Toujours selon les parties prenantes, il est primordial que le clinicien de première ligne continue la prise en charge du jeune jusqu'au premier contact avec l'équipe de pédopsychiatrie. Ainsi, selon l'urgence de la situation et les délais anticipés pour la prise en charge d'un trouble anxieux ou d'un TOC par un spécialiste, le clinicien de première ligne pourrait envisager l'amorce d'un traitement pharmacologique à l'aide des recommandations élaborées par l'INESSS en négligeant pas de demander du soutien au besoin, notamment en présence d'un antécédent personnel ou familial de symptômes maniaques/hypomaniaques ou de trouble bipolaire. Les parents de jeunes avec un trouble anxieux dont la situation clinique requerrait une prise en charge par un pédopsychiatre ont rapporté des délais importants. De plus, ils ont précisé que la prise en charge en pédopsychiatrie s'est concrétisée à la suite d'une dégradation significative de l'état de santé de leur enfant.

Une orientation vers la pédopsychiatrie est également recommandée lorsque le jeune ne répond pas au traitement ou ne le tolère pas (GovBC, 2024; HQO, 2020b; UHRBC, 2023). Lors de l'évaluation initiale par le clinicien de première ligne, la majorité des jeunes concernés n'auront jamais reçu de traitement pharmacologique pour leur trouble anxieux ou leur TOC. L'orientation vers la pédopsychiatrie en cas d'échecs de traitement ou d'effets indésirables importants se fera plus tard dans le processus après des essais significatifs avec les traitements recommandés. Les sections précédentes du présent rapport ont abordé cet aspect.

Selon l'expérience de plusieurs parties prenantes, il est impératif d'obtenir du soutien en lien avec le traitement pharmacologique auprès d'un collègue expérimenté ou d'un membre d'une équipe de pédopsychiatrie lorsque le clinicien de première ligne a des incertitudes ou des questionnements à ce sujet.

Finalement, en présence d'un risque suicidaire initial (dans l'attente d'un premier contact avec l'équipe de pédopsychiatrie) ou en présence d'un risque suicidaire qui se développerait pendant le suivi avec le clinicien de première ligne, ce dernier doit mettre en place des mesures de sécurité adaptées aux besoins du jeune et informer le jeune, sa famille ou son entourage des ressources d'aide appropriées, afin d'assurer la sécurité du jeune (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021). En tout temps, en présence d'un risque suicidaire avec danger grave et imminent ou de comportement d'automutilation grave, il importe que le jeune soit accompagné ou orienté immédiatement vers les services d'urgence ou de crise.

RECOMMANDATIONS CLINIQUES – SITUATION CLINIQUE COMPLEXE : ORIENTATION INITIALE EN PÉDOPSYCHIATRIE ET AUTRES MESURES DE SOUTIEN

Au terme de l'appréciation de la preuve, les recommandations suivantes ont été formulées :

- À la suite de l'évaluation initiale, orienter le jeune vers l'équipe de pédopsychiatrie pour une prise en charge lorsque la situation clinique est complexe, notamment en présence d'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :
 - symptômes très sévères;
 - symptômes psychotiques;
 - déficit fonctionnel très sévère;
 - comorbidités multiples;
 - antécédent personnel ou familial de symptômes maniaques/hypomaniaques ou de trouble bipolaire;
 - risque suicidaire.
- Suivre les recommandations du présent outil clinique jusqu'au premier contact du jeune avec l'équipe de pédopsychiatrie : l'amorce d'un traitement pharmacologique pourrait être envisagée dans l'attente du premier contact selon l'urgence de la situation et les délais de prise en charge. Au besoin, demander du soutien, notamment en présence d'un antécédent personnel ou familial de symptômes maniaques/hypomaniaques ou de trouble bipolaire.
- Afin d'obtenir du soutien en lien avec le traitement pharmacologique, consulter :
 - un collègue expérimenté ou
 - un pédopsychiatre via le conseil numérique, un médecin spécialiste répondant en pédopsychiatrie ou le pédopsychiatre de garde.
- En présence d'un risque suicidaire, les intervenants doivent mettre en place des mesures de sécurité adaptées aux besoins du jeune et informer le jeune, sa famille ou son entourage¹ des ressources d'aide appropriées.
- En présence d'un risque suicidaire avec danger grave et imminent ou de comportement d'automutilation grave, accompagner ou orienter immédiatement le jeune et sa famille ou son entourage vers les services d'urgence ou de crise.

¹ La famille ou l'entourage incluent les parents, les titulaires de l'autorité parentale, les tuteurs ou toutes autres personnes touchées par le processus de rétablissement du jeune.

2.6 Considérations environnementales

Bien que l'impact environnemental n'ait pas été au cœur des discussions avec les parties prenantes consultées, une recherche a été menée sur les enjeux environnementaux potentiels liés à l'usage des ISRS et des IRSN chez les jeunes. La production et l'utilisation des médicaments ont un impact significatif sur l'environnement. Au Canada, les médicaments représentent environ 25 % de l'empreinte carbone du secteur de la santé, ce qui en fait la catégorie la plus émettrice (Eckelman *et al.*, 2018).

Les antidépresseurs¹², notamment les ISRS et les IRSN, peuvent être prescrits pour traiter différents troubles de santé mentale chez des personnes de tous âges. Toutefois, chez les assurés du régime public d'assurance médicaments du Québec, le nombre total de services pharmaceutiques pour un antidépresseur chez les personnes de moins de 18 ans ne représentait qu'une faible part — moins de 1 % — de l'ensemble des services pharmaceutiques relativement aux antidépresseurs en 2024 (0,09 M contre 13 M) (RAMQ, 2025). Malgré cela, une utilisation non judicieuse de ces médicaments contribue à aggraver leur empreinte écologique.

Les eaux usées constituent actuellement la principale voie d'entrée des médicaments dans l'environnement, car les stations d'épuration ne sont pas conçues pour les éliminer efficacement (Argaluz *et al.*, 2021). Les médicaments ont des impacts environnementaux variés tout au long de leur cycle de vie : émissions de gaz à effet de serre lors de la fabrication, toxicité pour les organismes aquatiques lors de l'utilisation et de l'élimination, et risques pour la santé humaine (Eckelman *et al.*, 2018; RCUAM, 2025).

Janusinfo constitue une bonne source d'information sur le danger des médicaments pour l'environnement et privilégie une description qualitative du risque (Janusinfo, 2025). Dans ce cadre, la fluoxétine apparaît comme l'ISRS présentant l'écotoxicité la plus préoccupante et est associée aux constats suivants :

- Persistance : la fluoxétine a un effet potentiellement persistant.
- Bioaccumulation : la fluoxétine présente un faible potentiel de bioaccumulation.
- Toxicité : la fluoxétine présente une toxicité chronique très élevée.

Une revue systématique récente confirme que les ISRS, en particulier la fluoxétine, la sertraline et la fluvoxamine, présentent un risque écologique élevé (Drzymala, 2025). Les résultats de cette étude font ressortir que les ISRS peuvent avoir des effets nocifs sur les organismes aquatiques, notamment les algues et les invertébrés (Drzymala, 2025).

¹² Inclut : vortioxétine, fluoxétine, sertraline, fluvoxamine, paroxétine, venlafaxine, bupropion, citalopram, mirtazapine, escitalopram, moclobémide, duloxétine, desvenlafaxine, escitalopram oxalate, vortioxétine et levomilnacipran.

CONSTATS – CONSIDÉRATIONS ENVIRONNEMENTALES

À la suite de l'analyse de l'ensemble de l'information recensée, le constat suivant a été dégagé :

- La production et l'utilisation des médicaments ont un impact sur l'environnement. Toute utilisation non judicieuse exacerbe cette problématique.

FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX

Les présents travaux reposent sur la triangulation d'une quantité très importante de données provenant des recherches systématiques de la littérature scientifique et des documents avec recommandations ainsi que des données contextuelles et de la perspective de différentes parties prenantes. Cette triangulation des données s'appuie sur un processus scientifique et sur une méthodologie et des processus valides et rigoureux pour chaque source.

Dans le cadre de ce projet, une revue systématique de la littérature primaire sur les bénéfices et les risques liés à l'usage des ISRS pour traiter un trouble anxieux ou un TOC chez un jeune de 12 à 17 ans a été réalisée, de même qu'une revue systématique des documents avec recommandations concernant ces troubles.

De nombreuses parties prenantes ont été consultées lors de ces travaux. Une vingtaine de professionnels de la santé ont été consultés en début de projet, à titre d'informateurs clés, par le biais d'entrevues individuelles afin de recueillir leur perspective et leurs besoins relativement à la problématique. Le comité consultatif constitué pour valider les aspects scientifiques et fournir des éléments contextuels ou la perspective clinique nécessaire aux travaux incluait des cliniciens de différentes spécialités et expertises.

De plus, cinq parents dont l'adolescent a un trouble anxieux ou des symptômes anxieux, et un jeune adulte qui a développé des symptômes anxieux alors qu'il était âgé entre 12 et 17 ans ont été consultés lors d'entrevues individuelles. Ces personnes pouvaient avoir pris, ou non, des médicaments pour leur trouble ou leurs symptômes anxieux. Cette consultation visait essentiellement à récolter des informations sur la perspective des personnes en lien entre autres avec l'acceptabilité de l'utilisation de médicaments pour ces conditions et avec leurs besoins en termes d'information sur le sujet.

Enfin, la validation, par trois lecteurs externes, de l'outil clinique et du rapport a permis de vérifier en amont de leur publication leur clarté et leur utilité, et d'identifier des enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relativement aux recommandations. Dans le but de s'assurer que les outils cliniques découlant des travaux étaient clairs, utiles à la pratique et adaptés à la réalité du terrain, quinze futurs utilisateurs potentiels appartenant à diverses régions du Québec ont aussi été consultés.

Bien que les travaux reposent sur une méthodologie rigoureuse, certaines limites doivent être mentionnées. Tout d'abord, plusieurs limites sont inhérentes aux données scientifiques disponibles. Mentionnons en premier lieu le manque général de données probantes sur l'utilisation d'antidépresseurs chez les personnes de moins de 18 ans, notamment de données sur l'impact à long terme de leur usage. De plus, le niveau de preuve découlant des données disponibles est généralement faible ou très faible et basé sur des études primaires dont la population incluait souvent, en plus des adolescents, des enfants de 5 à 11 ans. Ainsi, certaines recommandations reposent majoritairement sur l'expérience clinique des parties prenantes. Par ailleurs, la littérature scientifique ou les normes portant sur les aspects populationnel, organisationnel, économique et

socioculturel et sur les aspects environnementaux n'ont pas été consultées de façon systématique. Enfin, même si l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours une part de biais et de risques associés, et demeure incomplète à certains égards. En ce sens, les résultats issus de la consultation de parents et de jeunes adultes présentent un biais de représentation. En effet, les personnes qui ont répondu au questionnaire de sollicitation avaient majoritairement un intérêt pour le sujet et travaillaient dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les données recueillies ne représentent donc pas l'ensemble des points de vue et expériences des personnes concernées au Québec.

CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Les présents travaux avaient comme objectif de développer un outil clinique afin de soutenir les professionnels de la santé de première ligne dans l'amorce, si jugé pertinent, d'un traitement pharmacologique chez les jeunes qui ont un trouble anxieux ou un TOC et dans le suivi de celui-ci, le cas échéant. Cet outil vise à promouvoir un usage optimal, judicieux et harmonisé de la pharmacothérapie à l'échelle provinciale et à améliorer la santé, le bien-être et les soins offerts aux jeunes de 12 à 17 ans.

L'outil développé présente de l'information et des recommandations concernant l'amorce et le choix du traitement pharmacologique, les caractéristiques et les effets indésirables des ISRS, le suivi du traitement pharmacologique (éléments de suivi, modalité, fréquence, échec et modification) et l'arrêt du traitement. L'outil précise également les situations cliniques complexes pour lesquelles une orientation vers l'équipe de pédopsychiatrie est nécessaire.

L'accès à un outil basé sur la littérature scientifique, les recommandations de bonne pratique clinique ainsi que les perspectives des différentes parties prenantes devraient renforcer la confiance des professionnels de la santé dans l'exercice de leur champ d'activité respectif pour une pratique avisée et une utilisation judicieuse des ressources.

L'amélioration de la pratique dépendra notamment de la diffusion de l'outil clinique associé à ce rapport ainsi que de l'appropriation et de l'adoption des recommandations par les professionnels de la santé concernés.

Considérations entourant la mise en œuvre

Enjeux cliniques

- **L'identification des jeunes qui pourraient bénéficier d'un traitement pharmacologique peut parfois être difficile.** Selon certaines parties prenantes consultées, lorsqu'une pharmacothérapie est envisagée pour un trouble anxieux ou un TOC chez un jeune, une démarche diagnostique adéquate et rigoureuse effectuée en amont de la considération de l'amorce du traitement pharmacologique est primordiale pour identifier la présence d'un réel trouble anxieux. Dans la société actuelle, de plus en plus de jeunes ressentent des symptômes anxieux sans nécessairement souffrir d'un réel trouble anxieux. Il importe donc que les prescripteurs s'assurent que le recours à la médication est envisagé seulement lorsqu'il est pertinent en fonction du diagnostic, du contexte et des besoins de la personne afin d'éviter une surutilisation des antidépresseurs. Le présent outil clinique doit donc être utilisé en complémentarité avec l'outil développé par l'INESSS intitulé [Symptômes et troubles anxieux chez les jeunes de 12 à 17 ans](#) qui porte, notamment, sur le repérage, la démarche évaluative et diagnostique, les interventions psychosociales, les psychothérapies et les transitions de soins et services associés aux troubles anxieux.

- **L'accès difficile aux interventions de première intention (psychothérapies ou interventions psychosociales) a été nommé comme un enjeu par plusieurs parties prenantes, notamment les parents et le jeune adulte consultés.** L'accès aux psychothérapies et aux interventions psychosociales est difficile au Québec actuellement, autant dans le système public que dans les cliniques privées. Or, la facilité d'accès aux traitements pharmacologiques au Québec ne doit pas pallier les difficultés d'accès aux interventions de première intention.
- **Les connaissances insuffisantes et les réticences des prescripteurs concernant l'usage des ISRS chez les jeunes de 12 à 17 ans constituent un autre enjeu.** Selon certaines parties prenantes, les médecins de famille et les pédiatres sentent qu'ils doivent aider leurs jeunes patients lorsque ceux-ci ne répondent pas adéquatement aux interventions non pharmacologiques ou qu'ils sont en attente de services spécialisés (p. ex. pédopsychiatrie). Or, plusieurs médecins de famille et pédiatres se sentent peu (ou pas) outillés pour effectuer la prescription d'antidépresseurs chez les jeunes. De plus, en raison du fait que Santé Canada n'a pas approuvé l'utilisation des ISRS pour les personnes de moins de 18 ans, certains médecins de famille et pédiatres ne sont pas à l'aise de prescrire ce type de médication dans cette population, faisant en sorte que des jeunes qui auraient besoin d'un traitement pharmacologique ne le reçoivent pas. La diffusion de cet outil clinique ainsi que l'appropriation et l'adoption des recommandations par les cliniciens pourront permettre une meilleure prise en charge des jeunes qui ont un trouble anxieux ou un TOC, notamment en ce qui concerne la prescription, lorsque pertinent, d'un traitement pharmacologique.

Enjeux d'implantation

- Selon certaines parties prenantes, il est important que l'outil clinique développé dans le cadre de ces travaux ne soit pas perçu comme un « feu vert » à l'utilisation élargie des antidépresseurs chez les jeunes du Québec. Le développement en parallèle d'un outil de prise en charge plus globale (incluant les approches non pharmacologiques) et le fait d'être très précis sur le contexte d'utilisation de cet outil (p. ex. lorsque le diagnostic est clair et après avoir priorisé les interventions non pharmacologiques) permettront d'atténuer ce risque de glissement. Des stratégies de communication ciblées ainsi que de la formation devront être prévues afin que les principaux utilisateurs de cet outil, c'est-à-dire les pédiatres et les médecins de famille, soient informés de sa publication et comprennent bien son contexte d'utilisation.
- Dans un contexte de pénurie de pédopsychiatres, le recours à un médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP) est très utile et pertinent. Il importe d'inciter davantage les médecins de famille et les pédiatres à utiliser ce service.

Considérations économiques

- L'impact budgétaire d'une augmentation possible du recours à la pharmacothérapie à la suite de la production de cet outil clinique devrait être très faible, puisque le traitement pharmacologique des troubles anxieux ou du TOC devrait être envisagé seulement chez une minime proportion des jeunes de 12 à 17 ans. Le coût mensuel d'un traitement de sertraline varie de 4,50 \$ à 19,81 \$ selon la posologie usuelle, tandis que celui de la fluoxétine se situe entre 10,21 \$ et 19,87 \$. Le coût maximal par année pour un traitement de premier choix est donc de 238,44 \$. Pour la molécule de deuxième choix, le coût mensuel de l'escitalopram se situe entre 4,66 \$ et 9,93 \$ selon la posologie usuelle. Le détail des coûts associés aux ISRS et aux IRSN selon les posologies est présenté à [l'annexe IV](#).
- Des analyses économiques plus poussées n'ont pas pu être réalisées en raison du manque de données sur la proportion actuelle de jeunes québécois de 12 à 17 ans qui ont un trouble anxieux ou un TOC et qui prennent un ISRS ou un IRSN. L'utilisation des banques de données administratives disponibles n'aurait pas permis de calculer cette proportion de façon fiable puisque les données relatives aux diagnostics contenues dans ces banques comportent des limites importantes. De plus, moins de 30 % des adolescents québécois sont bénéficiaires du régime public d'assurance médicaments du Québec, les autres étant bénéficiaires d'une assurance privée.

MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de leur publication, selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques ainsi que l'inscription de médicaments aux listes de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ou leur retrait, et les besoins du réseau de la santé et des services sociaux. Le cas échéant, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée afin de vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique pourrait également être menée. Au besoin, les parties prenantes qui ont accompagné les travaux ainsi que d'autres utilisateurs du réseau pourraient être consultés pour vérifier s'ils jugent pertinent d'effectuer une mise à jour des documents et de l'outil clinique.

RÉFÉRENCES

- Albano, A. M., Comer, J. S., Compton, S. N., Piacentini, J., Kendall, P. C., Birmaher, B., Walkup, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., McCracken, J., Keeton, C., Sakolsky, D. J. et Sherrill, J. T. (2018). Secondary Outcomes From the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study: Implications for Clinical Practice. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 3(1), 30-41. <https://doi.org/10.1080/23794925.2017.1399485>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev.* (Fifth edition, text revision^e éd.). APA Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Argaluz, J., Domingo-Echaburu, S., Orive, G., Medrano, J., Hernandez, R. et Lertxundi, U. (2021). Environmental pollution with psychiatric drugs. *World J Psychiatry*, 11(10), 791-804. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i10.791>
- Bandelow, B., Allgulander, C., Baldwin, D. S., Costa, D., Denys, D., Dilbaz, N., Domschke, K., Eriksson, E., Fineberg, N. A., Hattenschwiler, J., Hollander, E., Kaiya, H., Karavaeva, T., Kasper, S., Katzman, M., Kim, Y. K., Inoue, T., Lim, L., Masdrakis, V., . . . Zohar, J. (2023). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*, 24(2), 79-117. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2086295>
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L. A. et Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1622-1632. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318154bb57>
- BGP Pharma ULC. (2021, 20 juillet). *PrLUVOX®*, maléate de fluvoxamine (publication n° 248243). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00057324.PDF
- BGP Pharma ULC. (2023a, 31 octobre). *PrEFFEXOR^{MD} XR*, Capsules de chlorhydrate de venlafaxine à libération prolongée (publication n° 276199). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00071959.PDF
- BGP Pharma ULC. (2023b, 22 août). *PrZOLOFT^{MD}*, Capsules de chlorhydrate de sertraline (publication n° 277472). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00069842.PDF
- Birmaher, B., Axelson, D. A., Monk, K., Kalas, C., Clark, D. B., Ehmann, M., Bridge, J., Heo, J. et Brent, D. A. (2003). Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 415-423. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000037049.04952.9F>
- Bobbitt, S., Kawamura, A., Saunders, N., Monga, S., Penner, M. et Andrews, D. (2023). L'anxiété chez les enfants et les adolescents – partie 2 : la prise en charge des troubles anxieux. *Paediatrics & Child Health*, (28), 52–59.
- Clark, D. B., Birmaher, B., Axelson, D., Monk, K., Kalas, C., Ehmann, M., Bridge, J., Wood, D. S., Muthen, B. et Brent, D. (2005). Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders: open-label, long-term extension to a controlled trial.

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1263-1270. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000183464.41777.c1>
- Copeland, W. E., Angold, A., Shanahan, L. et Costello, E. J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 21-33. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
- da Costa, C. Z., de Morais, R. M., Zanetta, D. M., Turkiewicz, G., Lotufo Neto, F., Morikawa, M., Rodrigues, C. L., Labbadia, E. M. et Asbahr, F. R. (2013). Comparison among clomipramine, fluoxetine, and placebo for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 23(10), 687-692. <https://doi.org/10.1089/cap.2012.0110>
- Dagregorio, M. (2024). *Impact des médicaments anti-dépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine sur l'environnement* (publication n° dumas-04594016) [Aix-Marseille]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04594016v1>
- Drzymala, J. (2025). Environmental risk assessment of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) after COVID-19 pandemic: a systematic review. *Chemosphere*, 385, 144545. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2025.144545>
- Dwyer, J. B. et Bloch, M. H. (2019). Antidepressants for Pediatric Patients. *Curr Psychiatr*, 18(9), 26-42F. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31511767>
- Eckelman, M. J., Sherman, J. D. et MacNeill, A. J. (2018). Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: An economic-environmental-epidemiological analysis. *PLoS Med*, 15(7), e1002623. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002623>
- Eli Lilly Canada Inc. (2021, 25 mars). *Pr* CYMBALTA®, *Capsules de duloxétine à libération retardée, Norme du fabr., Duloxétine (chlorhydrate de duloxétine)* (publication n° 245810). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00069524.PDF
- Eli Lilly Canada Inc. (2024, 12 janvier). *Pr* PROZAC®, *chlorhydrate de fluoxétine* (publication n° 277882). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00035870.PDF
- Fatori, D., de Braganca Pereira, C. A., Asbahr, F. R., Requena, G., Alvarenga, P. G., de Mathis, M. A., Rohde, L. A., Leckman, J. F., March, J. S., Polanczyk, G. V., Miguel, E. C. et Shavitt, R. G. (2018). Adaptive treatment strategies for children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: A sequential multiple assignment randomized trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.07.002>
- Geller, D. A., Hoog, S. L., Heiligenstein, J. H., Ricardi, R. K., Tamura, R., Kluszynski, S. et Jacobson, J. G. (2001). Fluoxetine treatment for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a placebo-controlled clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 773-779. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00011>
- Geller, D. A., Wagner, K. D., Emslie, G., Murphy, T., Carpenter, D. J., Wetherhold, E., Perera, P., Machin, A. et Gardiner, C. (2004). Paroxetine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child &*

- Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1387-1396.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000138356.29099.f1>
- Ginsburg, G. S., Becker, E. M., Keeton, C. P., Sakolsky, D., Piacentini, J., Albano, A. M., Compton, S. N., Iyengar, S., Sullivan, K., Caporino, N., Peris, T., Birmaher, B., Rynn, M., March, J. et Kendall, P. C. (2014). Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 310-318.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4186>
- Ginsburg, G. S., Kendall, P. C., Sakolsky, D., Compton, S. N., Piacentini, J., Albano, A. M., Walkup, J. T., Sherrill, J., Coffey, K. A., Rynn, M. A., Keeton, C. P., McCracken, J. T., Bergman, L., Iyengar, S., Birmaher, B. et March, J. (2011). Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: findings from the CAMS. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79(6), 806-813. <https://doi.org/10.1037/a0025933>
- GlaxoSmithKline Inc. (2022, 22 septembre). *PrPAXIL CR, Comprimés de paroxétine* (publication n° 263624). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00057268.PDF
- Government of British Columbia. (2024). *Anxiety and Depression in Children and Youth - Diagnosis and Treatment*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/anxiety-and-depression-in-children-and-youth>
- Health Quality Ontario. (2020a). *Obsessive–Compulsive Disorder : Care in All Settings*. G. o. Ontario. <https://www.hqontario.ca/evidence-to-improve-care/quality-standards/view-all-quality-standards/obsessive-compulsive-disorder>
- Health Quality Ontario. (2020b). *Quality Standards. Anxiety Disorders. Care in All Settings*. <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-anxiety-disorders-quality-standard-en.pdf>
- Hirsch, M. et Birnbaum, R. J. (2024, 6 mai). *Sexual dysfunction caused by selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs): Clinical features and management*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/sexual-dysfunction-caused-by-selective-serotonin-reuptake-inhibitors-ssris-clinical-features-and-management>
- Hudson, J. L., McLellan, L. F., Eapen, V., Rapee, R. M., Wuthrich, V. et Lyneham, H. J. (2023). Combining CBT and sertraline does not enhance outcomes for anxious youth: a double-blind randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 53(5), 1741-1749. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003329>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2022). *Efficacité des interventions psychosociales pour prévenir et traiter les symptômes et troubles mentaux courants*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Troubles_mentaux_EC.pdf
- Janusinfo. (2025). *Classification*. Drug Therapeutic Committee and the Health and Medical Care Administration of the Region Stockholm. <https://janusinfo.se/beslutsstod/lakemedelochmiljo/pharmaceuticsandenvironment/environment/classification.5.7b57ecc216251fae47488423.html>

- Karawekpanyawong, N., Charnsil, C., Suttajit, S. et Srisurapanont, M. (2025). Efficacy, suicidality, tolerability, and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitors and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors for children and adolescents with anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol*. <https://doi.org/10.1097/YIC.000000000000599>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. et Wittchen, H. U. (2012). Twelve - month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184.
- Liebowitz, M. R., Turner, S. M., Piacentini, J., Beidel, D. C., Clarvit, S. R., Davies, S. O., Graae, F., Jaffer, M., Lin, S. H., Sallee, F. R., Schmidt, A. B. et Simpson, H. B. (2002). Fluoxetine in children and adolescents with OCD: a placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1431-1438. <https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00014>
- Luft, M. J., Lamy, M., DelBello, M. P., McNamara, R. K. et Strawn, J. R. (2018). Antidepressant-Induced Activation in Children and Adolescents: Risk, Recognition and Management. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 48(2), 50-62. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.12.001>
- Lundbeck Canada Inc. (2023, 1^{er} septembre 2023). *Pr CIPRALEX^{MD}, oxalate d'escitalopram* (publication n° 274368). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00072819.PDF
- Lundbeck Canada Inc. (2024, 19 février 2024). *Pr CELEXA^{MD}, bromhydrate de citalopram* (publication n° 271454). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00064382.PDF
- March, J. S., Biederman, J., Wolkow, R., Safferman, A., Mardekian, J., Cook, E. H., Cutler, N. R., Dominguez, R., Ferguson, J., Muller, B., Riesenber, R., Rosenthal, M., Sallee, F. R., Wagner, K. D. et Steiner, H. (1998). Sertraline in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a multicenter randomized controlled trial. *JAMA*, 280(20), 1752-1756. <https://doi.org/10.1001/jama.280.20.1752>
- Melbourne Children's Campus Mental Health Strategy Anxiety Guideline Development Group. (2024). *Evidence-based Clinical Practice Guideline for Anxiety in Children and Young People (V.1.1)*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Autosoins - Enfants et adolescents. Guide de soutien à l'implantation et à l'utilisation des autosoins pour les enfants et les adolescents dans le cadre du programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la psychothérapie*.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Document d'information à l'intension des établissements - soins et services en santé mentale des jeunes. Programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003218/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Trouble d'anxiété sociale: repérage, évaluation et traitement. Guide de pratique clinique*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003487/>

- Piacentini, J., Bennett, S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Albano, A. M., March, J., Sherrill, J., Sakolsky, D., Ginsburg, G., Rynn, M., Bergman, R. L., Gosch, E., Waslick, B., Iyengar, S., McCracken, J. et Walkup, J. (2014). 24- and 36-week outcomes for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(3), 297-310. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.11.010>
- POTS. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292(16), 1969-1976. <https://doi.org/10.1001/jama.292.16.1969>
- Régie de l'assurance maladie. (2025, 26 mars). *Nombre de services pharmaceutiques et montants payés par la RAMQ relativement aux antidépresseurs, 2020 à 2024*. RAMQ. <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/media/906>
- Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription. (2025). *Les médicaments et l'environnement*. <https://www.reseaudeprescription.ca/environnement>
- Rickwood, D., McEachran, J., Saw, A., Telford, N., Trethowan, J. et McGorry, P. (2023). Sixteen years of innovation in youth mental healthcare: Outcomes for young people attending Australia's headspace centre services. *PLoS One*, 18(6), e0282040. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282040>
- Riddle, M. A., Reeve, E. A., Yaryura-Tobias, J. A., Yang, H. M., Claghorn, J. L., Gaffney, G., Greist, J. H., Holland, D., McConville, B. J., Pigott, T. et Walkup, J. T. (2001). Fluvoxamine for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 222-229. <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00017>
- Riddle, M. A., Scahill, L., King, R. A., Hardin, M. T., Anderson, G. M., Ort, S. I., Smith, J. C., Leckman, J. F. et Cohen, D. J. (1992). Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1062-1069. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00011>
- Robb, A. S., Cueva, J. E., Sporn, J., Yang, R. et Vanderburg, D. G. (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20(6), 463-471. <https://doi.org/10.1089/cap.2009.0115>
- RUPP. (2001). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. *New England Journal of Medicine*, 344(17), 1279-1285. <https://doi.org/10.1056/NEJM200104263441703>
- Rynn, M. A., Riddle, M. A., Yeung, P. P. et Kunz, N. R. (2007). Efficacy and safety of extended-release venlafaxine in the treatment of generalized anxiety disorder in children and adolescents: two placebo-controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, 164(2), 290-300. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.2.290>

- Rynn, M. A., Siqueland, L. et Rickels, K. (2001). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2008-2014. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.2008>
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. C., Nissen, J. B., Melin, K. H., Hybel, K., Valderhaug, R., Wentzel-Larsen, T., Compton, S. N. et Ivarsson, T. (2015). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(5), 591-602. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0613-0>
- Steele, D. W., Kanaan, G., Caputo, E. L., Freeman, J. B., Brannan, E. H., Balk, E. M., Trikalinos, T. A. et Adam, G. P. (2024). Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Youth: A Meta-Analysis. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-068992>
- Steinsbekk, S., Ranum, B. et Wichstrøm, L. (2022). Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 63(5), 527-534. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>
- Storch, E. A., Bussing, R., Small, B. J., Geffken, G. R., McNamara, J. P., Rahman, O., Lewin, A. B., Garvan, C. S., Goodman, W. K. et Murphy, T. K. (2013). Randomized, placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy alone or combined with sertraline in the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 51(12), 823-829. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.007>
- Strawn, J. R., Mills, J. A., Schroeder, H., Mossman, S. A., Varney, S. T., Ramsey, L. B., Poweleit, E. A., Desta, Z., Cecil, K. et DelBello, M. P. (2020). Escitalopram in Adolescents With Generalized Anxiety Disorder: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(5), 25. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13396>
- Strawn, J. R., Moldauer, L., Hahn, R. D., Wise, A., Bertzos, K., Eisenberg, B., Greenberg, E., Liu, C., Gopalkrishnan, M., McVoy, M. et Knutson, J. A. (2023). A Multicenter Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Escitalopram in Children and Adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 33(3), 91-100. <https://doi.org/10.1089/cap.2023.0004>
- Strawn, J. R., Prakash, A., Zhang, Q., Pangallo, B. A., Stroud, C. E., Cai, N. et Findling, R. L. (2015). A randomized, placebo-controlled study of duloxetine for the treatment of children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(4), 283-293. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.008>
- Traoré, I., Simard, M. et Julien, D. (2024). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. Résultats de la troisième édition - 2022-2023*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-jeunes-secondaire-2022-2023.pdf>

- University Hospitals Rainbow Babies & Children's. (2023). *Clinical Practice Guideline: Outpatient Screening and Treatment for Pediatric Anxiety Disorders*. <https://www.uhhospitals.org/-/media/files/rainbow/clinicians/clinical-pathways/pathways-anxiety-outpatient-screening-and-treatment-for-pediatric-anxiety-disorders-full-guideline.pdf>
- Wagner, K. D., Berard, R., Stein, M. B., Wetherhold, E., Carpenter, D. J., Perera, P., Gee, M., Davy, K. et Machin, A. (2004). A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1153-1162. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.11.1153>
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. S. et Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804633>
- Walter, H. J., Bukstein, O. G., Abright, A. R., Keable, H., Ramtekkar, U., Ripperger-Suhler, J. et Rockhill, C. (2020). Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1107-1124. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>
- Wiens, K., Bhattarai, A., Pedram, P., Dores, A., Williams, J., Bulloch, A. et Patten, S. (2020). A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 29, e115. <https://doi.org/10.1017/s2045796020000281>
- World Health Organization. (2023). *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374250/9789240084278-eng.pdf?sequence=1>

ANNEXE I

Études primaires - Efficacité des ISRS et des IRSN

Ce rapport présente uniquement les énoncés de certitude de la preuve concernant l'efficacité des molécules comparées au placebo, provenant d'appréciations de cliniciens à l'aide d'échelles d'évaluation reconnues. Les constats et les niveaux de certitude de la preuve pour les autres comparaisons, les combinaisons, les effets selon le temps, ainsi que pour les données issues des échelles d'auto-évaluation ou complétées par un parent ou un tuteur, sont présentés dans le document *Annexes complémentaires*. La population représentée dans les études retenues incluait des jeunes de 5 à 17 ans, ce qui constitue une limite puisque l'outil clinique porte sur la population de 12 à 17 ans. Les échelles utilisées dans les études retenues permettaient d'évaluer plusieurs dimensions des troubles ciblés. Les résultats ont été regroupés en quatre grandes catégories : l'effet du traitement sur les symptômes, l'impact sur le fonctionnement global, le taux de répondeurs et le taux de rémission.

Efficacité des ISRS

Sertraline

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer huit ECRA (cinq études cliniques) évaluant l'effet de la sertraline chez les jeunes atteints de différents troubles : le trouble d'anxiété généralisée (TAG) (Rynn *et al.*, 2001), plusieurs troubles anxieux combinés tels que le TAG, l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation (études CAMS [Ginsburg *et al.*, 2011; Piacentini *et al.*, 2014; Walkup *et al.*, 2008] et CAMELS [Ginsburg *et al.*, 2014]) et le TOC (March *et al.*, 1998; POTS, 2004; Skarphedinsson *et al.*, 2015).

La synthèse de l'information retenue permet de formuler les constats suivants :

Comparativement au placebo, la sertraline **diminue** les symptômes liés au TAG, à l'anxiété de séparation ou à l'anxiété sociale chez les jeunes et **amélioreraient** leur fonctionnement global après 9 à 12 semaines de traitement (Rynn *et al.*, 2001; Walkup *et al.*, 2008).

Niveau de certitude de la preuve : modéré à élevé.

Comparativement à un placebo, la sertraline **diminuerait** les symptômes et **amélioreraient** le fonctionnement global chez les jeunes présentant un TOC après 12 semaines de traitement (March *et al.*, 1998; POTS, 2004).

Niveau de certitude de la preuve : modéré.

Comparativement à un placebo, la sertraline **augmenterait** le nombre de répondeurs pour les symptômes liés au TAG, à l'anxiété de séparation, à l'anxiété sociale ou au TOC après 9 à 12 semaines de traitement (March *et al.*, 1998; Rynn *et al.*, 2001; Walkup *et al.*, 2008)

Niveau de certitude de la preuve : modéré.

L'effet associé à la sertraline **pourrait ne pas différer** de celui d'un placebo sur le taux de rémission des symptômes liés au TAG, à l'anxiété de séparation ou à l'anxiété sociale après 12 semaines de traitement et un suivi moyen de 6 ans (Ginsburg *et al.*, 2014; Ginsburg *et al.*, 2011).

Niveau de certitude de la preuve : très faible.

L'effet lié à la sertraline **pourrait ne pas différer** de celui d'un placebo sur le taux de rémission des symptômes liés au TOC après 12 semaines de traitement (POTS, 2004).

Niveau de certitude de la preuve : très faible.

Fluoxétine

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer quatre ECRA évaluant l'effet de la fluoxétine chez les jeunes atteints de différents troubles anxieux : anxiété sociale (Beidel *et al.*, 2007), plusieurs troubles anxieux combinés tels que le TAG, l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation (Birmaher *et al.*, 2003; Clark *et al.*, 2005; da Costa *et al.*, 2013), ainsi que 3 ECRA évaluant son effet sur le TOC (Fatori *et al.*, 2018; Geller *et al.*, 2001; Liebowitz *et al.*, 2002).

La synthèse de l'information retenue permet de formuler les constats suivants :

Comparativement au placebo, la fluoxétine **pourrait diminuer** les symptômes liés au TAG, à l'anxiété de séparation, aux phobies spécifiques, au trouble panique ou à l'anxiété sociale chez les jeunes et **pourrait améliorer** le fonctionnement global des jeunes atteints d'anxiété sociale après 12 semaines de traitement (Beidel *et al.*, 2007; Birmaher *et al.*, 2003).

Niveau de certitude de la preuve : très faible à faible.

Comparativement au placebo, la fluoxétine **augmenterait** le nombre de répondants pour les symptômes liés au TAG, à l'anxiété de séparation, à l'anxiété sociale, aux phobies spécifiques ou au trouble panique chez les jeunes après 12 semaines de traitement. Cependant, son effet **pourrait ne pas différer** de celui d'un placebo pour le nombre de répondants concernant le fonctionnement global (Birmaher *et al.*, 2003).

Niveau de certitude de la preuve : faible à modéré.

Comparativement au placebo, la fluoxétine **pourrait augmenter** le taux de rémission chez les jeunes pour les symptômes liés au TAG, à l'anxiété de séparation ou à l'anxiété sociale après 12 semaines de traitement (da Costa *et al.*, 2013).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

Comparativement à aucun traitement, la fluoxétine **pourrait augmenter** le taux de rémission chez les jeunes pour les symptômes liés au TAG, à l'anxiété de séparation, aux phobies spécifiques, au trouble panique ou à l'anxiété sociale, après 52 semaines de traitement (Clark *et al.*, 2005).

Niveau de certitude de la preuve : très faible.

Comparativement au placebo, la fluoxétine **pourrait diminuer** les symptômes liés au TOC et **pourrait améliorer** le comportement global des jeunes après 13 à 16 semaines de traitement (Geller *et al.*, 2001; Liebowitz *et al.*, 2002).

Niveau de certitude de la preuve : très faible à faible.

Comparativement au placebo, la fluoxétine **augmenterait** le nombre de réponders pour les symptômes liés au TOC chez les jeunes après 13 à 16 semaines de traitement (Geller *et al.*, 2001; Liebowitz *et al.*, 2002).

Niveau de certitude de la preuve : modéré.

Paroxétine

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer deux ECRA évaluant l'effet de la paroxétine chez les jeunes atteints d'anxiété sociale (Wagner *et al.*, 2004) et de TOC (Geller *et al.*, 2004).

La synthèse de l'information retenue permet de formuler les constats suivants :

Comparativement au placebo, la paroxétine **pourrait diminuer** les symptômes liés à l'anxiété sociale chez les jeunes et **pourrait améliorer** leur fonctionnement global après 16 semaines de traitement (Wagner *et al.*, 2004).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

Comparativement au placebo, la paroxétine **pourrait augmenter** le nombre de réponders et le taux de rémission chez les jeunes atteints d'anxiété sociale après 16 semaines de traitement (Wagner *et al.*, 2004).

Niveau de certitude de la preuve : très faible.

Comparativement au placebo, la paroxétine **pourrait diminuer** les symptômes liés au TOC chez les jeunes après 10 semaines de traitement et **pourrait augmenter** le nombre de réponders (Geller *et al.*, 2004).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

L'effet lié à la paroxétine **pourrait ne pas différer** de celui d'un placebo sur le fonctionnement global chez des jeunes présentant un TOC après 10 semaines de traitement (Geller *et al.*, 2004).

Niveau de certitude de la preuve : très faible.

Fluvoxamine

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer deux ECRA évaluant l'effet de la fluvoxamine chez les jeunes atteints de trouble anxieux (TAG, anxiété sociale ou anxiété de séparation) (RUPP, 2001) ou de TOC (Riddle *et al.*, 2001).

La synthèse de l'information retenue permet de formuler les constats suivants :

Comparativement au placebo, la fluvoxamine **pourrait diminuer** les symptômes liés au TAG, à l'anxiété de séparation ou à l'anxiété sociale chez les jeunes après 8 semaines de traitement et **pourrait augmenter** le nombre de réponders (RUPP, 2001).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

Comparativement au placebo, la fluvoxamine **pourrait diminuer** les symptômes liés au TOC chez les jeunes après 8 semaines de traitement. Cependant, son effet **pourrait ne pas différer** de celui du placebo sur le nombre de répondants (Riddle *et al.*, 2001).

Niveau de certitude de la preuve : très faible.

Citalopram

Aucune étude évaluant l'effet du citalopram chez les jeunes atteints de troubles anxieux ou de TOC n'a été retenue.

Escitalopram

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer deux ECRA évaluant l'effet de l'escitalopram chez les jeunes atteints de TAG (Strawn *et al.*, 2020; Strawn *et al.*, 2023). Aucune étude évaluant l'effet de l'escitalopram chez les jeunes atteints de TOC n'a été retenue.

La synthèse de l'information retenue permet de formuler les constats suivants :

Comparativement au placebo, l'escitalopram **pourrait diminuer** les symptômes liés au TAG après 8 semaines de traitement. Cependant, son effet **pourrait ne pas différer** de celui du placebo pour le fonctionnement global et le taux de rémission chez les jeunes atteints de TAG (Strawn *et al.*, 2020; Strawn *et al.*, 2023).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

L'effet lié à l'escitalopram sur le nombre de répondants en comparaison du placebo après 8 semaines de traitement n'a pu être déterminé à cause d'un niveau trop élevé d'incohérence dans les données (Strawn *et al.*, 2020; Strawn *et al.*, 2023).

Efficacité des IRSN

Duloxétine

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer un ECRA évaluant l'effet de la duloxétine chez les jeunes atteints de TAG (Strawn *et al.*, 2015). Aucune étude évaluant l'effet de la duloxétine chez les jeunes atteints de TOC n'a été retenue.

La synthèse de l'information retenue permet de formuler les constats suivants :

Comparativement au placebo, la duloxétine **diminuerait** les symptômes liés au TAG chez les jeunes et **augmenterait** le nombre de répondants et le taux de rémission après 10 semaines de traitement (Strawn *et al.*, 2015).

Niveau de certitude de la preuve : modéré.

Venlafaxine XR

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer un ECRA évaluant l'effet de la venlafaxine XR chez les jeunes atteints de TAG (Rynn *et al.*, 2007). Aucune étude évaluant l'effet de la venlafaxine XR chez les jeunes atteints de TOC n'a été retenue.

La synthèse de l'information retenue permet de formuler le constat suivant :

Comparativement au placebo, la venlafaxine XR **pourrait diminuer** les symptômes liés au TAG chez les jeunes après 8 semaines de traitement (Rynn *et al.*, 2007).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

Méta-analyses - Efficacité des ISRS

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer une revue systématique évaluant l'effet des ISRS chez les jeunes atteints de TOC (Steele *et al.*, 2024). De plus, des méta-analyses *de novo* ont été effectuées par l'INESSS à partir des données issues des études primaires pour évaluer la réponse au traitement (nombre de répondeurs) des jeunes traités avec des ISRS. Aucune méta-analyse individuelle pour la fluvoxamine et l'escitalopram n'a été effectuée en raison d'un manque de données. Le graphique en forêt (*forest plot*) de la méta-analyse est disponible dans le document *Annexes complémentaires*.

La synthèse de l'information retenue permet de formuler les constats suivants :

Effet de classe

L'effet lié aux ISRS combinés à une TCC **diminuerait** les symptômes du TOC en comparaison d'un ISRS seul (Steele *et al.*, 2024).

Niveau de certitude de la preuve : modéré.

L'effet lié aux ISRS **augmenterait** la réponse des jeunes (nombre de répondeurs) atteints de troubles anxieux ou de TOC en comparaison d'un placebo (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : modéré.

L'effet lié aux ISRS **pourrait augmenter** la réponse des jeunes (nombre de répondeurs) atteints de troubles anxieux en comparaison d'un placebo (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

L'effet lié aux ISRS **augmenterait** la réponse des jeunes (nombre de répondeurs) atteints de TOC en comparaison d'un placebo (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : modéré.

Par molécule

L'effet lié à la fluoxétine **pourrait augmenter** la réponse des jeunes (nombre de répondeurs) atteints de troubles anxieux et de TOC en comparaison d'un placebo (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

L'effet lié à la sertraline **augmenterait** la réponse des jeunes (nombre de répondeurs) atteints de troubles anxieux et de TOC en comparaison d'un placebo (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : modéré.


L'effet lié à la paroxétine **pourrait augmenter** la réponse des jeunes (nombre de répondeurs) atteints de troubles anxieux en comparaison d'un placebo (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : très faible.

ANNEXE II

Caractéristiques des ISRS

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ISRS			
ISRS	Posologie	Particularités	Considérations pour le choix de l'agent ²
	Paliers d'augmentation toutes les 2 à 4 semaines ¹		
Contre-indications générales <ul style="list-style-type: none"> • Hypersensibilité • Association avec un inhibiteur de la monoamine oxydase 			
PREMIER CHOIX DE TRAITEMENT (choisir un des deux ISRS)			
Fluoxétine	Initiale³ : 4 à 10 mg PO DIE Courante : 20 à 40 mg PO DIE Maximale⁴ : 60 mg PO DIE Palier d'augmentation : 10 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Longue demi-vie d'élimination 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de risque de symptômes de sevrage en cas d'omission de dose • Solution orale disponible
	Initiale³ : 25 mg PO DIE Courante : 50 à 200 mg PO DIE Maximale⁴ : 200 mg PO DIE Palier d'augmentation : 25 mg		
La sertraline peut être tentée après un essai thérapeutique infructueux avec la fluoxétine et vice-versa.			
DEUXIÈME CHOIX DE TRAITEMENT			
Escitalopram	Initiale³ : 5 mg PO DIE Courante : 10 à 20 mg PO DIE Maximale⁴ : 20 mg PO DIE Palier d'augmentation : 5 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un ECG si : <ul style="list-style-type: none"> - dose > 20 mg par jour - combinaison avec des médicaments qui allongent l'intervalle QT 	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiqué si : <ul style="list-style-type: none"> - allongement connu de l'intervalle QT - syndrome du QT long congénital • Comprimés orodispersibles⁵ disponibles
	Initiale³ : 10 mg PO DIE Courante : 20 à 40 mg PO DIE Maximale⁴ : 40 mg PO DIE Palier d'augmentation : 10 mg		
La fluvoxamine peut être tentée après un essai thérapeutique infructueux avec le citalopram et vice-versa.			
TROISIÈME CHOIX DE TRAITEMENT (choisir un des deux ISRS)			
Citalopram	Initiale³ : 10 mg PO DIE Courante : 20 à 40 mg PO DIE Maximale⁴ : 40 mg PO DIE Palier d'augmentation : 10 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser un ECG si : <ul style="list-style-type: none"> - dose > 40 mg par jour - combinaison avec des médicaments qui allongent l'intervalle QT 	<ul style="list-style-type: none"> • Contre-indiqué si : <ul style="list-style-type: none"> - allongement connu de l'intervalle QT - syndrome du QT long congénital
	Initiale³ : 12,5 à 25 mg PO DIE Courante : 50 à 300 mg PO par jour Maximale⁴ : 300 mg PO par jour Palier d'augmentation : 25 mg		
La fluvoxamine peut être tentée après un essai thérapeutique infructueux avec le citalopram et vice-versa.			

 **Éviter la paroxétine** : possibilité de symptômes de sevrage importants et profil d'innocuité moins favorable

1. Selon l'efficacité et la tolérabilité du médicament.
2. La U.S. Food and Drug Administration a approuvé l'usage de trois ISRS chez les jeunes présentant un TOC : fluoxétine (≥ 7 ans), sertraline (≥ 6 ans) et fluvoxamine (≥ 8 ans), et l'usage de deux ISRS chez les jeunes présentant un trouble dépressif majeur : escitalopram (≥ 12 ans) et fluoxétine (≥ 8 ans).
3. Des doses initiales plus faibles peuvent être utilisées chez les jeunes très sensibles aux effets indésirables.
4. Des doses plus élevées sont parfois nécessaires pour le traitement du TOC.
5. Non remboursés dans le cadre du régime public d'assurance médicaments.

ANNEXE III

Méta-analyses - Innocuité des ISRS

Une recherche systématique de la littérature scientifique a permis de repérer une revue systématique qui présente des données issues de méta-analyses sur les effets indésirables associés aux ISRS chez des jeunes atteints d'un trouble anxieux (Karawekpanyawong *et al.*, 2025). De plus, des méta-analyses *de novo* ont été effectuées à partir des données des études primaires retenues. Les résultats de ces méta-analyses sont disponibles dans le document *Annexes complémentaires*.

La synthèse de l'information retenue permet de formuler les constats suivants :

L'effet lié à l'usage, pour les troubles anxieux, des molécules de la classe des ISRS **pourrait augmenter** les abandons dus aux effets indésirables en comparaison d'un placebo (Karawekpanyawong *et al.*, 2025).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

L'effet lié à l'usage, pour les troubles anxieux et le TOC, des molécules de la classe des ISRS **pourrait ne pas différer** de celui d'un placebo pour le syndrome d'activation (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

L'effet lié à l'usage, pour les troubles anxieux et le TOC, des molécules de la classe des ISRS **pourrait ne pas différer** de celui d'un placebo pour les idées suicidaires (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : très faible.

L'effet lié à l'usage, pour les troubles anxieux et le TOC, des molécules de la classe des ISRS **pourrait ne pas différer** de celui d'un placebo pour les tentatives de suicide (méta-analyse de l'INESSS).

Niveau de certitude de la preuve : faible.

ANNEXE IV

Coûts des ISRS et des IRSN

Tableau IV-1 Coût unitaire des ISRS et des IRSN

Molécule	Posologie courante	Format	Coût unitaire (\$)	Coûts Mensuels estimés (\$)
ISRS				
Sertraline	25 à 200 mg PO DIE	Capsule de 25 mg	0,1516	4,50 à 19,81
		Capsule de 50 mg	0,3032	
		Capsule de 100 mg	0,3303	
Fluoxétine	10 à 40 mg PO DIE	Capsule de 10 mg	0,3404	10,21 à 19,87
		Capsule de 20 mg	0,3311	
		Capsule de 40 mg	0,6622	
		Capsule de 60 mg	0,9933	
		Solution orale 20 mg/5 ml	0,2158	
Citalopram	10 à 40 mg PO DIE	Comprimé de 10 mg	0,0715	2,15 à 3,60
		Comprimé de 20 mg	0,1200	
		Comprimé de 30 mg	0,5338	
		Comprimé de 40 mg	0,1200	
Escitalopram	5 à 20 mg PO DIE	Comprimé de 10 mg	0,3109	4,66 à 9,93
		Comprimé de 20 mg	0,3310	
Fluvoxamine	100 à 300 mg PO par jour	Comprimé de 50 mg	0,5410	29,18 à 87,55
		Comprimé de 100 mg	0,9728	
Paroxétine	20 à 40 mg PO DIE	Comprimé de 10 mg	0,3046	9,75 à 15,50
		Comprimé de 20 mg	0,3250	
		Comprimé de 30 mg	0,3453	
IRSN				
Venlafaxine XR	37,5 à 225 mg PO DIE	Capsule L.A. de 37,5 mg	0,0913	2,74 à 11,25
		Capsule L.A. de 75 mg	0,1825	
		Capsule L.A. de 150 mg	0,1927	
Duloxétine	30 à 60 mg PO DIE	Capsule L.A. de 30 mg	0,4813	14,43 à 29,31
		Capsule L.A. de 60 mg	0,9769	

DIE : une fois par jour ; ISRS : inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine ; IRSN = inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; L.A. : longue action ; PO : *per os* (par la bouche)

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

