



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/20773

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/20773>



### RESEARCH ARTICLE

#### LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE DANS LE CADRE DU TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

H. Ibourk<sup>1</sup>, I. Daoudi<sup>1</sup>, B. Aabbassi<sup>2</sup> and F. Manoudi<sup>1</sup>

1. Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc.
2. Laboratoire de recherche "Enfance, santé et développement", Université Cadi Ayad, Marrakech Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 17 February 2025

Final Accepted: 21 March 2025

Published: April 2025

##### Key words:-

Trouble du spectre de l'autisme, psychotropes, enfant, prescription, rispéridone, comorbidités, Maroc.

#### Abstract

Le trouble du spectre autistique (TSA) est un trouble neurodéveloppemental complexe, souvent associé à des comorbidités psychiatriques ou médicales nécessitant, dans certains cas, un recours aux traitements médicamenteux.

**Objectif:** Décrire les différentes modalités de prescription médicamenteuse, et d'analyser les facteurs susceptibles d'influencer la décision thérapeutique, en lien notamment avec le profil clinique, développemental et comportemental des patients.

**Méthodes:** Étude rétrospective descriptive portant sur 100 dossiers d'enfants âgés de 3 à 17 ans suivis pour TSA au service de pédopsychiatrie du CHU Mohamed VI de Marrakech. Les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et analysées de manière descriptive.

**Résultats:** La prescription médicamenteuse concernait 20 % des patients, principalement pour des troubles du comportement (agressivité, agitation), des troubles du sommeil ou des troubles de l'humeur. Les neuroleptiques atypiques, en particulier la rispéridone, étaient les plus fréquemment prescrits. La majorité des traitements étaient administrés en monothérapie (83 %). La tolérance globale était satisfaisante, avec des effets indésirables notés chez 20 % des cas.

**Conclusion:** Nos résultats mettent en évidence une prescription raisonnée, conforme aux recommandations internationales. Ils soulignent également la nécessité d'une évaluation multidimensionnelle avant toute introduction thérapeutique, en tenant compte des comorbidités, du profil fonctionnel de l'enfant et du contexte de soins. Une approche individualisée et pluridisciplinaire reste essentielle pour optimiser les bénéfices du traitement pharmacologique dans le TSA.

"© 2025 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

#### Introduction:-

Le trouble du spectre autistique (TSA) est un trouble neurodéveloppemental précoce qui se manifeste par des troubles des interactions sociales et de la communication, associés à des comportements répétés et des intérêts restreints. Il peut être associé à des troubles comorbides entravant souvent les apprentissages, l'adaptation et

**Corresponding Author:-H.Ibourk**

Address:-Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc.

l'intégration sociale(1). Dans certains cas, les manifestations cliniques du TSA et les troubles associés peuvent persister malgré des interventions comportementales, rééducatives et environnementales bien conduites, amenant alors à envisager d'autres options thérapeutiques, notamment le recours à une prescription médicamenteuse adaptée(2).

Ces dernières années, l'usage des psychotropes chez les enfants et adolescents présentant un TSA suscite de nombreuses attentes et les données disponibles issues de la recherche restent encore limitées. À ce jour, la mise en place de protocoles pharmacologiques spécifiquement adaptés au TSA demeure difficile, du fait de la complexité multifactorielle du trouble et de sa grande variabilité interindividuelle(3).

Dans ce cadre, l'objectif de notre étude est de décrire les différentes modalités de prescription médicamenteuse, et d'analyser les facteurs susceptibles d'influencer la décision thérapeutique, en lien notamment avec le profil clinique, développemental et comportemental des patients.

### Matériels Et Méthodes :

L'étude que nous avons menée est une étude descriptive rétrospective au service de pédopsychiatrie à l'hôpital Ibn Nafiss du CHU Mohamed VI de Marrakech, portant sur 100 dossiers de cas présentant des troubles du spectre autistique.

Nous avons inclus les dossiers des patients âgés de 3 à 17 ans ayant reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) conformément aux critères du DSM-5 sur une période d'une année.

L'étude prend en compte tous les cas de TSA confirmés sur la base d'une évaluation clinique approfondie, avec l'utilisation d'outils standardisés, notamment l'Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R).

Les données sociodémographiques et les caractéristiques cliniques sont relevées sur des fiches préétablies à partir des dossiers des patients.

La recherche de littérature sur PUBMED par les mots: "autismspectrumdisorder», "medication management", "pharmacologicaltreatment" et " children".

### Résultats:

Notre échantillon comprend 100 enfants diagnostiqués avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA), dont 70 % sont de sexe masculin. Parmi eux, 63 % sont âgés de 6 à 12 ans. Par ailleurs, la majorité des patients (77 %) résident en milieu urbain.

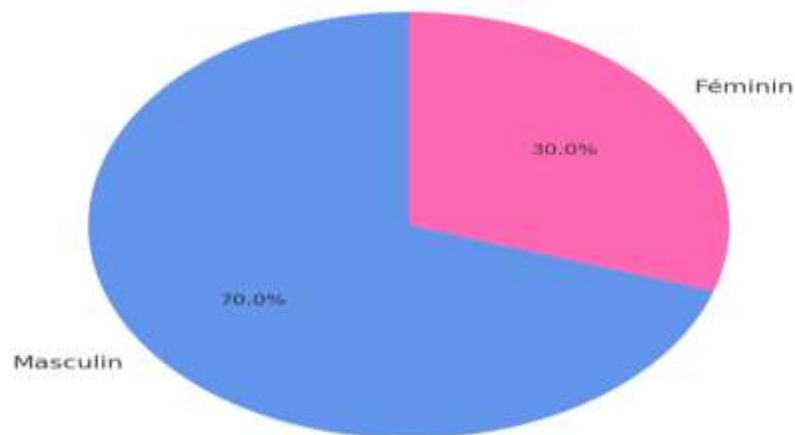


Figure 1 : La répartition des patients par sexe (N=100)

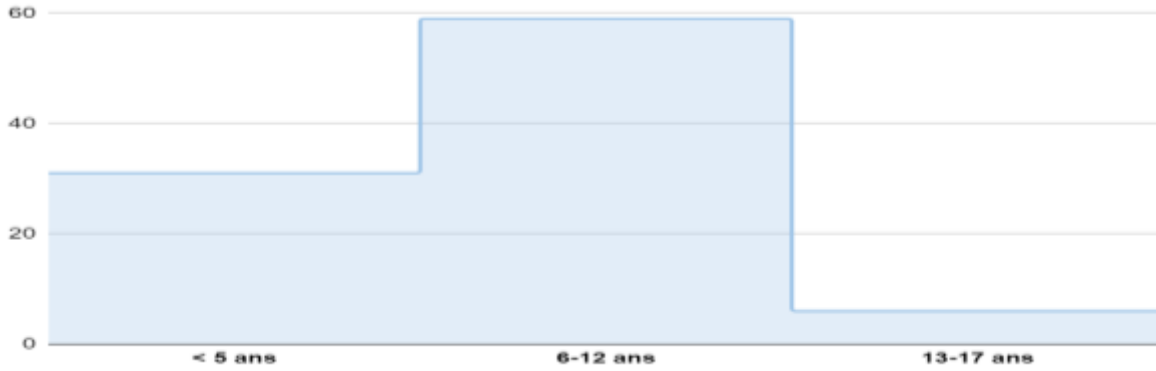


Figure 2 : La répartition des patients par âge

En ce qui concerne la scolarisation, 51 % des enfants sont inscrits dans un établissement scolaire, avec 7,7 % bénéficiant d'un accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire (AVS). Par ailleurs, 80 % des patients reçoivent une prise en charge spécialisée, incluant des séances d'orthophonie, de psychomotricité et d'ergothérapie.

Les principales comorbidités non psychiatriques identifiées chez les patients incluent, en premier lieu, une déficience intellectuelle (38%), suivie de l'épilepsie généralisée (25%). Des troubles sensoriels sont également rapportés, notamment une surdité dans 18 % des cas et des troubles de la vision dans 12 % des situations.

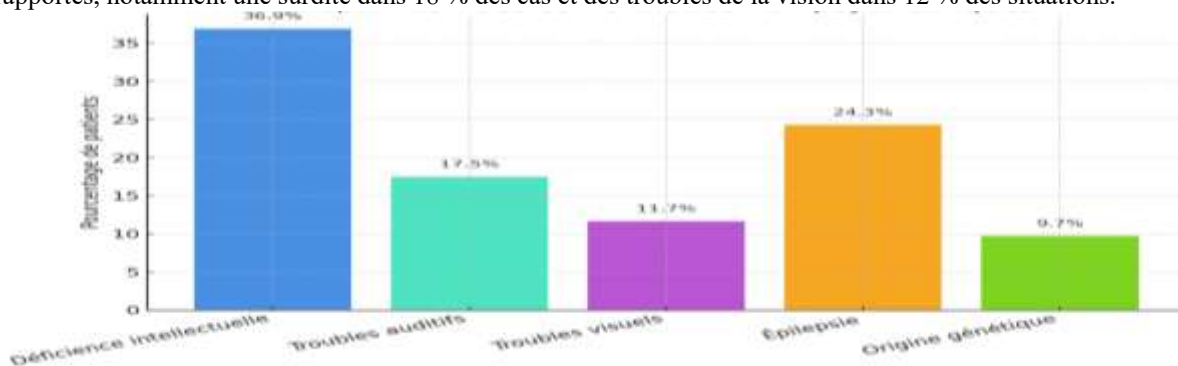


Figure 3 : La répartition des comorbidités non psychiatriques

Une prescription médicamenteuse est envisagée pour 20 % des patients. Les principales indications concernent une instabilité psychomotrice marquée, des comportements auto- ou hétéroagressifs, ainsi, des troubles de l'humeur ou du sommeil. Parmi les enfants bénéficiant d'un traitement médicamenteux, une majorité sont des garçons, représentant 65 % des cas.

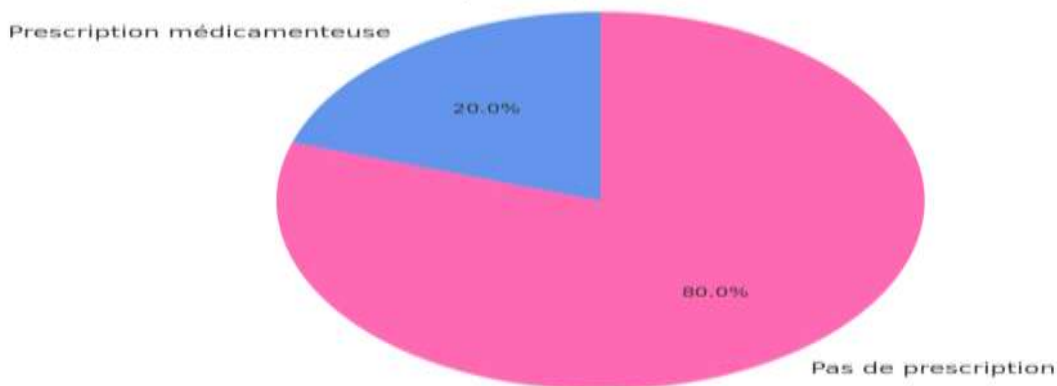
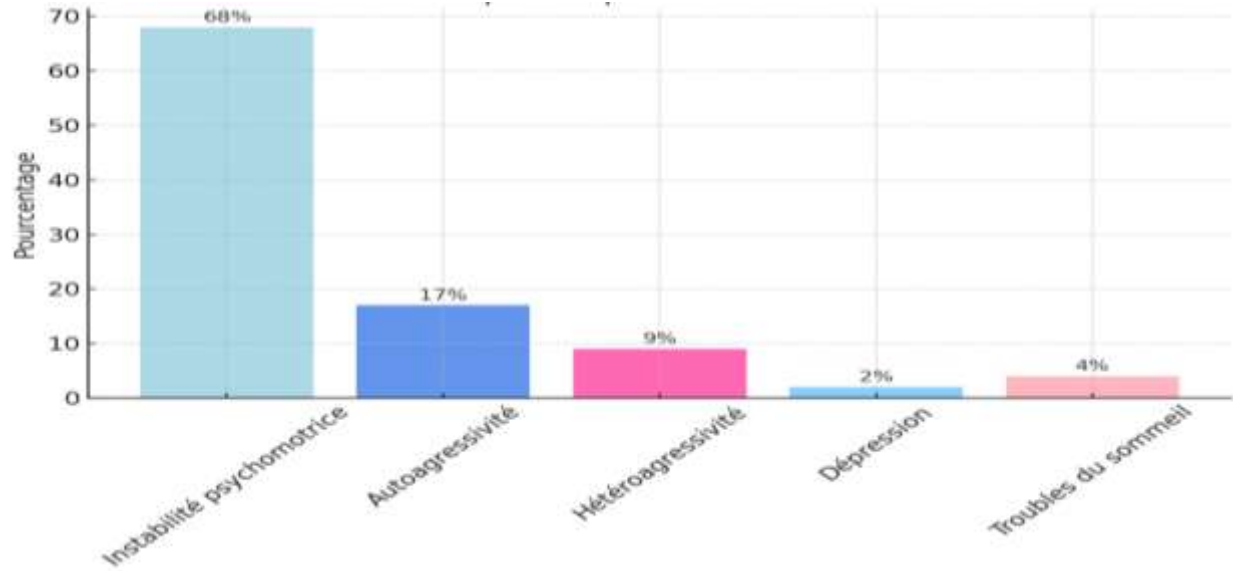
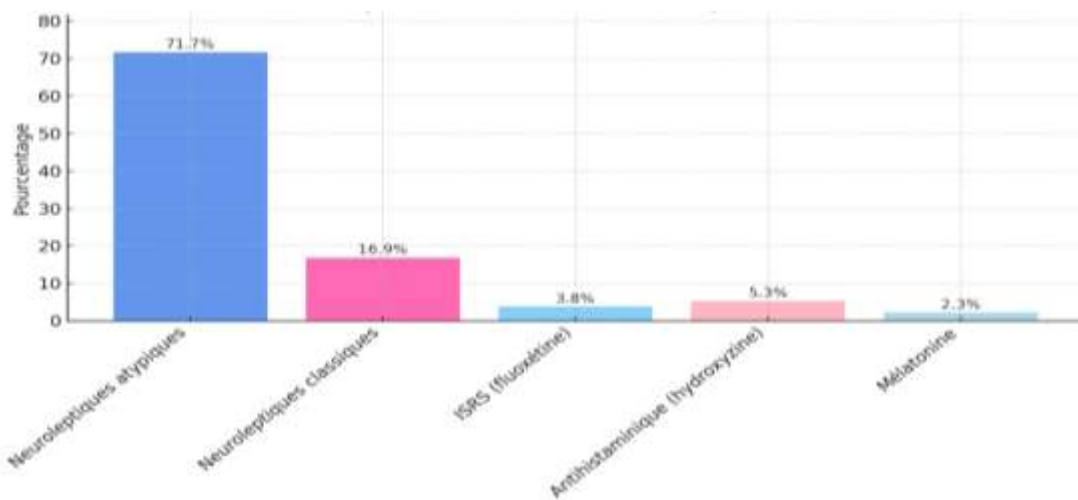


Figure 4 : L'indication de prescription médicamenteuse



**Figure 5 : Les motifs de prescription médicamenteuse**

Parmi les traitements médicamenteux prescrits à notre échantillon de patients présentant un TSA, les neuroleptiques atypiques représentent la classe thérapeutique la plus fréquemment utilisée, avec notamment la rispéridone, souvent recommandée pour la gestion des troubles du comportement. Les neuroleptiques classiques, tels que l'halopéridol, sont également prescrits dans 16,9 % des cas. D'autres classes médicamenteuses sont également utilisées de façon plus ciblée, en fonction des comorbidités associées : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme la fluoxétine, les antihistaminiques tels que l'hydroxyzine, ainsi que la mélatonine, notamment pour les troubles du sommeil. Ces médicaments sont administrés en monothérapie dans 83 % des cas et en bithérapie dans 16% des cas.



**Figure 6 : La répartition des médicaments prescrits**

Le traitement est globalement bien toléré, avec 80 % des patients ne rapportent aucun effet indésirable notable. Toutefois, dans 20 % des cas, des effets secondaires sont observés, principalement une somnolence diurne et une prise de poids. D'autres manifestations plus rares, telles que des troubles gastro-intestinaux légers ou une hypersalivation, sont également signalées.

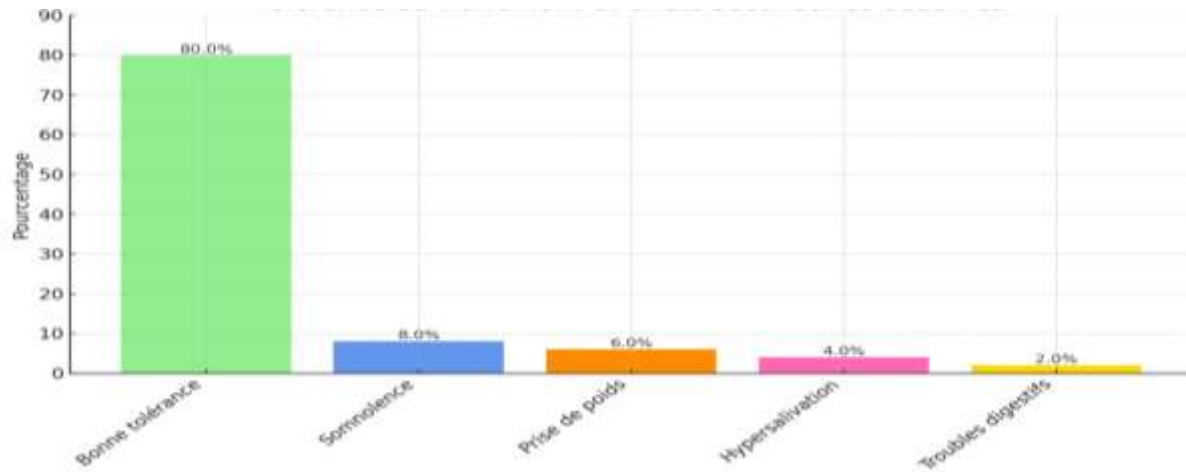


Figure 7 : La tolérance au traitement et effets secondaires observés

### Discussion :

Le traitement médicamenteux s'inscrit dans une démarche de prise en charge pluridisciplinaire et n'est généralement envisagé qu'en seconde intention, lorsque les interventions éducatives, psychothérapeutiques et rééducatives ont échoué ou se sont avérées insuffisantes. Dans notre étude, 20 % des enfants avec un TSA ont bénéficié d'une prescription médicamenteuse, ce qui rejoint les données de la littérature, variant de 20 % à 37 % selon les différentes études (Tableau 1).

Ces données peuvent à la fois refléter une utilisation plus raisonnée des psychotropes, guidée par une évaluation prudente de la balance bénéfico-risque, et une volonté affirmée de privilégier les interventions non médicamenteuses, conformément aux recommandations actuelles qui encouragent une approche globale et individualisée.

Tableau 1: La fréquence et les indications de prescription médicamenteuse selon les données de littérature

ÉTUDE	ÉCHANTILLON (N)	PRÉVALENCE DE PRESCRIPTION	INDICATIONS PRINCIPALES	TRAITEMENTS PRESCRITS
SAOUD ET AL., 2023: FRANCE (12)	45 000+	36,8 %	-TROUBLES DU SOMMEIL -TROUBLES DE COMPORTEMENT -ANXIÉTÉ	- RISPÉRIDONE - ARIPIRAZOLE - MÉLATONINE
SPENCER ET AL., 2022: ÉTATS-UNIS (13)	4 245	29,0 %	- AGRESSIVITÉ - ANXIÉTÉ - HYPERACTIVITÉ	- ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES - STIMULANTS - ISRS
COURY ET AL., 2012: ÉTATS-UNIS(14)	1 041	35,0 %	-IRRITABILITÉ -TROUBLES DU SOMMEIL -TROUBLES AFFECTIFS	- RISPÉRIDONE - MÉLATONINE - FLUOXÉTINE
JOBSKI ET AL., 2017: ALLEMAGNE(15)	6 000	20,6 %	-TROUBLES DU SOMMEIL -TROUBLES DE COMPORTEMENT	- RISPÉRIDONE - MÉLATONINE
NOTRE ÉTUDE: MAROC(2025)	100	20,0 %	-INSTABILITE PSYCHOMOTRICE -AGRESSIVITÉ -TROUBLES DU SOMMEIL	- RISPÉRIDONE - HALOPÉRIDOL - MÉLATONINE

Sur le plan des indications, les études disponibles montrent que les psychotropes sont majoritairement prescrits pour les troubles externalisés: agressivité, agitation, irritabilité, troubles graves du comportement, ainsi que pour les troubles du sommeil. Ce qui traduit leur utilisation comme recours complémentaire, lorsque les manifestations cliniques compromettent fortement le fonctionnement de l'enfant et résistent aux approches non médicamenteuses(16).

Toutefois, face à l'apparition ou à l'aggravation de ces symptômes, une évaluation somatique approfondie s'impose en premier lieu, afin d'écarter une cause organique sous-jacente (douleur, trouble sensoriel, pathologie intercurrente), fréquemment en cause dans les décompensations comportementales chez l'enfant avec TSA(17-18-19).

Par ailleurs, un facteur fondamental à considérer dans l'indication médicamenteuse est la présence de comorbidités psychiatriques, fréquentes dans les TSA. Plusieurs études montrent que plus de 70 % des enfants avec TSA présentent au moins un trouble psychiatrique associé, et près de 40 % en présentent deux ou plus (20). Les comorbidités les plus fréquentes sont le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles anxieux, les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), et dans certains cas, des troubles de l'humeur ou des épisodes dépressifs (9).

Ces données soulignent l'importance d'un dépistage précoce et global des comorbidités dès le diagnostic de TSA, et de l'évaluation du profil fonctionnel de l'enfant pour mieux comprendre ses besoins spécifiques et orienter les interventions(28). Une approche pluridisciplinaire, centrée sur l'enfant, favorise une prise en charge individualisée, avec des retombées concrètes sur son développement et la qualité de vie de sa famille.

Avant toute prescription, un bilan préthérapeutique complet est réalisé, incluant une anamnèse médicale, un examen somatique comprenant la mesure du poids, de la taille, du pouls, et de la tension artérielle, avec un électrocardiogramme et des analyses biologiques adaptées (NFS, glycémie, bilan rénal, bilan hépatique et ionogramme).

La majorité des prescriptions de notre étude ont été initiées en monothérapie (83%), traduisant une démarche thérapeutique prudente, en accord avec les recommandations qui préconisent de limiter les associations médicamenteuses. La bithérapie, utilisée dans 16 % des cas, était principalement justifiée par la présence de comorbidités ou une réponse insuffisante au traitement initial.

La tolérance médicamenteuse est globalement satisfaisante, avec des effets indésirables modérés observés chez 20 % des enfants. Ces résultats rejoignent les données de la littérature, qui indiquent une bonne tolérance générale des psychotropes chez l'enfant, sous réserve d'un suivi étroit et d'une adaptation individualisée. Les effets métaboliques ou sédatifs, bien que fréquents, sont souvent modérés, justifient une surveillance clinique régulière afin d'ajuster le traitement si nécessaire et de favoriser une bonne tolérance sur le long terme.

Dans notre étude, les neuroleptiques atypiques ont constitué la classe médicamenteuse la plus fréquemment prescrite, avec une prédominance de la rispéridone. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations actuelles, notamment celles de la Food and Drug Administration (FDA) et de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui recommandent la rispéridone pour traiter les comportements problématiques tels que l'agressivité, l'automutilation ou l'irritabilité chez les enfants atteints de TSA, en raison de leur profil d'efficacité et de tolérance. (7-11).

Le traitement doit débuter à faible dose, ajustée en fonction du poids de l'enfant : 0,25 mg/jour pour un poids inférieur à 50 kg, et 0,5 mg/jour au-delà, avec une augmentation progressive selon la tolérance et de l'efficacité cliniques. Sa poursuite nécessite une réévaluation régulière, fondée sur l'évolution des symptômes. Il s'agit d'une prescription à visée strictement symptomatique, pour une durée limitée, généralement comprise entre 6 et 8 semaines. En cas d'arrêt du traitement, la diminution posologique doit également être progressive.

Bien que moins prescrit dans notre échantillon, l'aripiprazole constitue une option thérapeutique efficace pour traiter l'irritabilité et les troubles du comportement chez les enfants et adolescents avec TSA. Son utilisation tend à croître, en raison de son profil métabolique potentiellement plus favorable par rapport à d'autres molécules de la même classe (6). La posologie, adaptée au poids, débute à 1-2 mg/jour, avec une dose cible de 5 à 10 mg/jour, pouvant aller jusqu'à 15 mg/jour.

Les neuroleptiques classiques, tels que l'halopéridol, sont aujourd'hui utilisés de manière restreinte, dans des contextes cliniques bien spécifiques, en raison de leur profil d'effets indésirables plus marqué, notamment neurologique. Leur usage est désormais largement supplanté par celui des antipsychotiques atypiques, conformément aux recommandations internationales (5). Lorsqu'il est prescrit chez l'enfant, il doit être instauré à faible dose, généralement entre 0,25 et 4 mg/jour, avec une augmentation progressive, sans dépasser 0,05 à 0,1 mg/kg/jour. Une surveillance étroite des effets secondaires, en particulier extrapyramidaux, est impérative. Ce traitement est le plus souvent utilisé de manière ponctuelle, sur de courtes durées, généralement limitées à quelques semaines.

D'autres classes thérapeutiques ont été utilisées dans notre échantillon de manière plus ciblée, en lien avec les comorbidités associées, ce qui est également rapporté dans plusieurs cohortes internationales. Ainsi, les ISRS, notamment la fluoxétine, sont prescrits en cas d'anxiété, de comportements obsessionnels ou de symptômes dépressifs. Toutefois, leur efficacité chez les enfants avec TSA reste controversée, avec des résultats hétérogènes dans les essais cliniques, et un risque d'effets secondaires comportementaux (agitation, irritabilité) à fortes doses (4-10).

Les troubles du sommeil occupent également une place importante, tant par leur fréquence que par leur retentissement sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille. Les parents rapportent le plus souvent des insomnies d'endormissement ou de maintien, avec des réveils nocturnes répétés. En première intention, des mesures non médicamenteuses sont recommandées, incluant une bonne hygiène de sommeil : rythme régulier de coucher, limitation des écrans, réduction des excitants, et aménagement d'un environnement apaisant (8). Ce n'est qu'en cas d'échec de ces stratégies que le recours à un traitement pharmacologique est envisagé. Parmi les options disponibles, la mélatonine a fait l'objet de plusieurs essais cliniques contrôlés, utilisant des doses comprises entre 1 et 5mg/jour. Ces études ont démontré son efficacité pour faciliter l'endormissement et améliorer la continuité du sommeil, avec un bon profil de tolérance chez les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

### Conclusion :

À l'heure actuelle, aucun médicament ne permet de traiter les symptômes fondamentaux du trouble du spectre de l'autisme. La prise en charge doit donc être centrée sur les besoins spécifiques de chaque enfant, en tenant compte de l'hétérogénéité des manifestations cliniques et des comorbidités souvent associées.

Cette diversité justifie une approche individualisée, adaptée au profil développemental, cognitif, sensoriel et comportemental de chaque patient.

Le recours aux traitements médicamenteux doit rester encadré et réfléchi, s'inscrivant dans une stratégie pluridisciplinaire globale. Il ne trouve sa place qu'en seconde intention, lorsque les interventions non médicamenteuses se révèlent insuffisantes pour améliorer le fonctionnement et la qualité de vie de l'enfant.

### Références:

- 1-American Psychiatric Association (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Publishing.
- 2-Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018), Autism spectrum disorder, *The Lancet*, 392(10146), 508–520.
- 3- Alan D. Kaye, Kaitlyn E. Allen, Van S. Smith III, Victoria T. Tong, et al ,(2024)Emerging Treatments and Therapies for Autism Spectrum Disorder: A Narrative Review , *Cureus*,N7-Vol16.
- 4- Williams, K., Brignell, A., Randall, M., Silove, N., & Hazell, P. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), CD00467.
- 5- J.-L. Goëb a,\* , M.-C. Mouren b Place des traitements psychotropes dans l'autisme de l'enfant et de l'adolescent, *Annales Médico Psychologiques* 163 (2005) 791–801.
- 6- Iffland, M., Livingstone, N., Jorgensen, M., Hazell, P., & Gillies, (2023). Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(10), CD011769.
- 7-Manter, M. A., Birtwell, K. B., Bath, J., Friedman, N. D. B., Keary, C. J., Neumeyer, A. M., Palumbo, M. L., Thom, R. P., Stonestreet, E., Brooks, H., Dakin, K., Hooker, J. M., & McDougle, C. J. (2025). Pharmacological treatment in autism: a proposal for guidelines on common co-occurring psychiatric symptoms. *BMC Medicine*, 23(1), 11.
- 8- Thümmler, S., Fernandez, A., Menard, M. L., Krieger, V., Dumas, L.É., David, A., & Askenazy, F. (2020). Autisme et troubles du sommeil : intérêts de la mélatonine. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 68(2S), 1S7–1S10.
- 9- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.
- 10-DeFilippis, M., & Wagner, K. D. (2016). Treatment of autism spectrum disorder in children and adolescents. *Psychopharmacology Bulletin*, 46(2), 18–41.
- 11- LeClerc, S., & Easley, D. (2015). Pharmacological Therapies for Autism Spectrum Disorder: A Review. *P&T*, 40(6), 389–397.
- 12- Saoud, M., Gonzalez, L., et al(2023). La consommation de médicaments psychotropes chez les enfants et les adolescents autistes en France : analyse du SNDS 2010-2022. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*.

- 13- Spencer, D., Marshall, J., Post, B., Kulakodlu, M., & Zahorodny, W. (2022). Psychotropic medication use and polypharmacy among children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(1), 117–127.
- 14- Coury, D. L., et al. (2012). Use of psychotropic medication in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 130(Supplement 2), S69–S76.
- 15- Jobski, K., Höfer, J., Hoffmann, F., & Bachmann, C. (2017). Use of psychotropic drugs in patients with autism spectrum disorders: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(1), 8–28.
- 16- McPheeters, M. L., et al. (2011). A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 127(5), e1312–e1321.
- 17- Courtemanche, A. B., Black, W. R., & Reese, R. M. (2016). Pain assessment in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 568–578.
- 18- Bauman, M. L. (2010). Medical comorbidities in autism: challenges to diagnosis and treatment. *Neurotherapeutics*, 7(3), 320–327.
- 19- Al-Beltagi, M. (2021). Autism medical comorbidities. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 10(3), 15–28.
- 20- Lai, M.-C., Kassee, C., Besney, R., et al. (2019). Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 819–829.