

## Evaluer la sévérité de la dépression chez l'adolescent

Mots clés :  
Adolescent  
Dépression  
Soin primaire

Quels que soient les aspects cliniques de la dépression chez l'adolescent, les enjeux à court et à long terme sont extrêmement importants (*Bibliomed xx*). Le généraliste doit décider avec son patient, parfois malgré lui, des modalités de prise en charge qui peuvent aller jusqu'à l'hospitalisation immédiate en milieu spécialisé dans les situations d'urgence. Mais comment « évaluer » au mieux, sur quels critères, la sévérité de la dépression, évaluation qui conditionne notablement la décision thérapeutique, quand « passer la main » à d'autres professionnels ? Les réponses à ces questions ne sont que partielles et bien peu étayées dans la littérature, qu'il s'agisse de recherches systématiques comme dans les recommandations anglaises<sup>1</sup> et américaines<sup>2-4</sup> ou de synthèses<sup>5,6</sup>.

### Evaluation de la sévérité : au cas par cas

Le diagnostic repose, selon l'ICD 10 de l'OMS, sur un regroupement symptomatique vaste et hétérogène avec 3 symptômes-clés : humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, perte d'énergie (fatigue). A l'un (ou plusieurs) de ces 3 symptômes-clés peuvent être associés : troubles du sommeil, difficultés de concentration, perte d'estime de soi, troubles de l'appétit, idées suicidaires, agitation ou ralentissement psychomoteur, sensation de culpabilité<sup>1</sup>. Selon l'ICD ou le DSM-IV, cette nosologie permettrait de parler de dépression *légère* (4 symptômes), *modérée* (5 ou 6) ou *sévère* (7 ou plus, éventuellement avec symptômes psychotiques). Ce n'est ni réaliste, ni suffisant<sup>1,4</sup>. Il faut aussi prendre en compte le contexte familial et scolaire, l'existence de symptômes somatiques inexplicables, la prise d'alcool ou de drogue, antécédents et comorbidités, le handicap fonctionnel, en interrogeant lorsque c'est possible famille et entourage : ils ont un impact significatif sur la réponse thérapeutique alors que les schémas traditionnels les ignorent<sup>5,6</sup>.

### Sur quels critères ?

Il existe de nombreux « scores » : leurs grandes variations de sensibilité (18 à 100%) et de spécificité (38 à 97%) montrent surtout qu'il n'existe pas de « standards »<sup>2</sup>. A défaut, le NICE propose, comme d'autres consensus nord-américains ou anglais<sup>3</sup>, une évaluation

à visée décisionnelle intégrant les caractéristiques psychosociales de l'adolescent<sup>1,2</sup> :

1/  $\leq 4$  symptômes, ou intermittents, ou récents (< 2 semaines) ; pas d'antécédents, entourage favorable, pas d'idées suicidaires, peu de handicap social : *écoute, conseils et suivi généraliste*.

2/  $\geq 5$  symptômes ; antécédents, entourage peu aidant, idées suicidaires, handicap social : *traitement plus actif* relevant encore des soins primaires, éventuellement avec l'aide de centres de soins adaptés.

3/ réponse incomplète ou non satisfaisante aux 2 interventions précédentes, récurrence dans l'année, patient se négligeant ou demandant une consultation spécialisée : *prise en charge spécialisée*.

4/ idées ou planification suicidaires, symptômes psychotiques, agitation sévère avec 7 symptômes ou plus, auto-négligence grave : *urgence psychiatrique*.

### Une prise en charge multi-intervenants

Toutes les recommandations soulignent que la dépression de l'adolescent est souvent la conséquence de nombreux facteurs sociaux et environnementaux, généralement par l'intermédiaire de la famille, fréquemment en rapport avec l'école<sup>2</sup>. La prise en charge en soins primaires évoquée ci-dessus suppose l'intervention concertée de tous ces acteurs potentiels, bien que peu d'études y aient été consacrées<sup>4,5</sup>.

### Que retenir pour notre pratique ?

**L'ICD ou le DSM définissent des « épisodes dépressifs caractérisés »,** c'est-à-dire des *périodes* (au moins 15 j) durant lesquelles les symptômes énumérés ont été observés. Mais il s'agit de *personnes*, en l'occurrence, des *adolescents* dont la dépression traduit le plus souvent une situation « d'impasse développementale »<sup>6</sup>.

**Il ne s'agit donc pas seulement d'évaluation « quantitative », mais d'une analyse fine de la situation réelle,** pour faire, chez cet adolescent, dans ce contexte, la part des éléments de « dépressivité » liés aux réaménagements de la personnalité inévitables et nécessaires à cet âge<sup>6</sup>. Comme le souligne Lamas, « *l'objectif visé ne réside pas tant dans l'abrasement des effets dépressifs que dans une relance des processus de changement* »<sup>6</sup>.

**Les médecins généralistes ont un rôle de premier plan qu'ils ne peuvent assumer dans l'isolement du cabinet médical :** l'évaluation de la situation - contexte environnemental et en premier lieu familial et scolaire, retentissement, risque suicidaire, capacités de mobilisation de l'entourage – va conditionner les choix thérapeutiques. Nous y reviendrons.

### Références

- 1- NICE. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Septembre 2005.
- 2- Williams S et al. Screening for Child and Adolescent Depression in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2009; 123:e716-35.
- 3- Cheung AH et al. Expert Survey for the Management of Adolescent Depression in Primary Care. *Pediatrics*. 2008; 121:e101-e107.
- 4- Zuckerbrot RA et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*. 2007; 120:e1299-e1312.
- 5- Thapar A et al. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010; 340:254-8.
- 6- Lamas C et al. Dépression à l'adolescence. *Médecine*. 2007; 3: 114-7.