

L'adolescent déprimé : quel traitement ?

Mots clés :
Adolescent
Antidépresseur
Dépression
Soin primaire

Selon les données épidémiologiquesⁱⁿ¹, la dépression survient plus de 9 fois sur 10 à l'occasion de difficultés psychosociales durables, très rarement à la suite d'un évènement personnel très blessant, sur un mode aigu ou plus progressivement dans un environnement difficile. Quels que soient les « modèles » envisagés (piste génétique, biochimique, endocrine, psychosociale, etc.), il s'agit surtout chez l'adolescent d'une vulnérabilité initiale qui interagit avec un évènement de vie^{1,2}. Le traitement ne peut donc être que multifactoriel, quelle que soit par ailleurs la controverse sur l'utilisation des antidépresseurs^{3,4}. Il existe très peu de données sur les résultats à long terme et la prévention des rechutes.

Dépression « légère »

Elle relève quasi-exclusivement des soins primaires^{1,4}. De nombreuses études observationnellesⁱⁿ¹ ont suggéré les effets positifs d'interventions en milieu scolaire (notamment en cas de brimades) et familial (amélioration de la communication parents-enfants, analyse et résolution des problèmes intra-familiaux)^{1,3,4}, des conseils pour l'auto-apprentissage de l'hygiène de vie : alimentation équilibrée, exercice physique (45 mn à 1h 3 fois par semaine), hygiène du sommeil, gestion du stress³. Le NICE insiste sur la nécessité de la confidentialité, du consentement de l'adolescent et de ses parents¹. L'immense majorité de ces dépressions relève de cette approche « générique » psychosociale, fondée sur l'analyse et la résolution de ses problèmes avec l'adolescent dans son contexte. Le NICE¹ propose un échancier : après la consultation initiale, réévaluation dans les 2 semaines suivantes ; si les résultats sont insuffisants à 4 semaines, proposition de psychothérapie, selon les ressources locales disponibles ; sans réponse suffisante dans les 2 à 3 mois suivants, un suivi spécialisé s'impose. Les antidépresseurs ne doivent pas être utilisés en traitement initial^{1,4}. Les recommandations américaines insistent sur la nécessité d'un « plan de sécurité »⁴ : mise à l'écart des éventuels moyens de suicide, désignation d'un tiers particulièrement vigilant, alerte systématique en cas de crise (recommandation très forte, sur un niveau de preuves C).

Quelques cas nécessitent une intervention psychologique plus spécifique, les auteurs anglo-saxons citant les thérapies comportementales, interpersonnelles ou familiales. Ces interventions ont fait l'objet d'essais randomisés, aux résultats variables et difficilement généralisables. Si « la

psychothérapie constitue la pierre angulaire de la prise en charge des adolescents déprimés »², la recherche est insuffisante dans ce champ. Les thérapeutes les plus expérimentés, capables de créer une meilleure « alliance thérapeutique », semblent avoir les meilleurs résultats¹.

Dépression « modérée à sévère »

Un avis spécialisé (diagnostic et évaluation) est indispensable¹⁻⁴. La psychothérapie reste la base de la prise en charge, l'antidépresseur venant éventuellement en complément si les résultats sont insuffisants après 4 à 6 séances¹. En cas de refus de psychothérapie, le prescripteur doit alors assurer un suivi rapproché (au moins hebdomadaire au début) de l'évolution clinique et des éventuels effets adverses¹. Les tricycliques n'ont pas d'indication ; la fluoxétine est le seul IRS ayant démontré une certaine efficacité à la dose de 10, voire 20 mg/j (parfois plus) pour une durée d'au moins 6 mois après rémission des symptômes (suivi clinique au mieux sur score validé). Les données sur la sertraline et le citalopram sont plus consistantes. Ils peuvent être une alternative en cas d'échec de la fluoxétine.

Rechutes

Il y a environ 30% de rechutes dans les 5 ans, la plupart dès la 1^{ère} année. Surtout, les symptômes persistent plus ou moins intensément en fin de traitement (difficultés relationnelles, ralentissement, incapacité d'indépendance...). Par accord professionnel, le suivi doit être poursuivi plusieurs années après rémission, la rechute étant considérée comme une urgence psychiatrique¹.

Que retenir pour notre pratique ?

Chez l'adolescent déprimé, la décision thérapeutique repose surtout sur une analyse de situation. L'implication active de l'entourage en garantit la sécurité et la continuité. L'importance de l'effet placebo à l'adolescence (70% ?), les dangers potentiels des antidépresseurs (croissance, maturation sexuelle) doivent les « réserver » en seconde intention aux formes sévères⁵.

Les difficultés de communication et de prise en charge conjointe entre professionnels de 1^{er} et 2^{ème} recours se posent partout avec acuité.

Il reste de nombreuses questions sans réponse actuelle faute d'essais randomisés : efficacité des stratégies psychosociales de première intention (dont le soutien psychologique du généraliste), bénéfice d'une intervention précoce sur le long terme, existence possible de sous-groupes de patients répondant mieux à tel traitement, mesures de prévention possibles...

Références

- 1- NICE. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Septembre 2005.
- 2- Lamas C et al. Dépression à l'adolescence. Médecine. 2007;3:114-7.
- 3- Thapar A et al. Managing and preventing depression in adolescents. BMJ. 2010;340:254-8.
- 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- Afssaps. Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Mise au point. Janvier 2008.