

L'adolescent déprimé

Sommaire

584 Particularités de la dépression chez l'adolescent.

586 Évaluer la sévérité de la dépression de l'adolescent.

588 L'adolescent déprimé : quel traitement ?

591 Dépression et suicide sont fortement corrélés chez l'adolescent.

La dépression de l'adolescent a été longtemps méconnue, attribuée à une immaturité du développement psychique. Mais les études épidémiologiques les plus récentes ont montré qu'en fait, en fonction des critères diagnostics retenus, la prévalence varie selon les études de 0,4 à 8,3% pour les épisodes dépressifs majeurs alors que des symptômes dépressifs, ou « *ambiance dépressive* » seraient retrouvés chez 30% des adolescents avec une surreprésentation féminine (2/1). Selon les données de consommation de la CNAMTS 40 000 adolescents et enfants français sont traités chaque année par antidépresseurs. Cependant le diagnostic n'est fait que chez un patient sur trois, les deux autres n'ayant aucune prise en charge thérapeutique, et chez les patients traités le traitement n'est optimal qu'une fois sur deux.

La maladie a un impact durable sur toutes les dimensions du sujet en construction : aggravation de comorbidités, troubles des conduites, consommations à risques, scolarité, développement affectif et relationnel.

Le risque est majoré par des facteurs psycho-sociaux : antécédents de troubles bipolaires, usage de drogues, crises familiales, négligences, abus sexuel ou événements traumatisants, comportements suicidaires.

Bien que les comportements suicidaires ne s'associent pas systématiquement à la dépression, les idées suicidaires font partie des symptômes de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) chez l'adolescent et l'EDC s'associe à une augmentation du risque suicidaire. Un tiers des adolescents présentant un EDC feraient une tentative de suicide et 2 à 8 % d'entre eux décèderaient de suicide dans les dix ans qui suivent. Le suicide est la deuxième cause de mortalité en France chez le jeune de 15-24 ans, soit environ 600 décès par an et un taux de décès de 6,7 pour 100 000 [1].

La majorité des patients souffrant de dépression sont suivis par un médecin de premier recours. Il est important de mieux connaître les spécificités de la dépression de l'adolescent et de son repérage, savoir évaluer la sévérité et les signes d'alarme.

[1] DRESS. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La mortalité par suicide en

Particularités de la dépression chez l'adolescent

(N°584 du 22 avril 2010)

Contexte

La dépression chez l'adolescent est très fréquente, souvent associée au risque suicidaire. Dans ce domaine, comme le montrent nombre d'études, le généraliste, principal interlocuteur des adolescents, est au premier plan. Cependant le diagnostic n'est fait que chez un patient sur 3, les deux autres n'ayant aucune prise en charge thérapeutique. Et le traitement n'est optimal qu'une fois sur 2 chez les patients traités. Mieux connaître les spécificités de la dépression de l'adolescent, et surtout les conditions de son repérage est important en situation de premier recours. Quelques études et synthèses récentes nous apportent des données intéressantes sur ces points [1-7].

Données de la littérature

Des caractéristiques particulières chez l'adolescent. De nombreuses études ont montré que le taux de dépression augmente de manière importante après la puberté : 0,4 à 8,3% des adolescents présentent un épisode dépressif majeur, mais une « ambiance dépressive » atteindrait 15 à 30% des jeunes, tout ceci avec une prédominance féminine (Sex Ratio 2/1) [1]. La plupart de ces dépressions ont une rémission spontanée mais 50 à 70% rechutent dans les 5 ans. Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont retrouvées chez 19 et 8% des adolescents et 60 et 39% des adolescents dépressifs [1-4]. A court terme, la dépression affecte la scolarité, le développement relationnel ; à long terme, la santé physique et fonctionnelle de l'adulte [5]. Si les critères diagnostiques sont les mêmes que chez l'adulte (DSM-IV ou ICD-10), les 10 à 25% d'adolescents avec un mal-être, des soucis ou problèmes psychologiques, consultent rarement pour cela, encore moins pour des idées suicidaires.

Existe-t-il des groupes « à risque » ? Le risque de dépression est particulièrement élevé en cas d'antécédents personnels et/ou familiaux, troubles bipolaires, comportements suicidaires, usage de drogue et autres maladies psychiatriques, événements stressants tels que crises familiales, négligence, abus sexuels ou autres événements traumatisants. Chez ces patients, une stratégie préventive impliquant les parents a montré une relative efficacité avec baisse des rechutes à 1 an.

Suspecter et identifier la dépression. Le problème chez l'adolescent est de reconnaître la dépression, le plus souvent « masquée » derrière des symptômes somatiques ou relationnels, des difficultés scolaires ou avec l'entourage, des troubles du sommeil ou de l'appétit. Des outils ont été proposés permettant lors de toute consultation d'identifier les adolescents à risque, leur mal-être ; le test TSTS-CAFARD en est un exemple adapté au contexte français (*Bibliomed 561*). Chez un adolescent reconnu « à risque » ou avec mal-être, l'essentiel est de mettre l'accent sur ses pensées et intentions suicidaires [2,4,5]. Le dialogue avec la famille, en accord avec l'adolescent (*Bibliomed 559*) est indispensable, pour un traitement « global » (recommandation forte, mais sur simple accord professionnel [2,3]).

Quels sont les signes d'alarme ? Selon un consensus d'experts (plus de la moitié exerçaient en soins primaires) [6], la présence de signes psychotiques ou de tendances suicidaires est l'indication d'une hospitalisation immédiate en milieu spécialisé, de même que l'association à diverses comorbidités (toxicomanie, troubles du comportement, syndrome d'hyperactivité avec déficit d'attention, anxiété majeure). Il en est de même pour le groupe de travail du NICE [7] lorsqu'est présent l'un des 4 signes suivants : idées ou planification suicidaires, symptômes psychotiques, agitation associée à des symptômes dépressifs sévères, laisser-aller majeur.

Evaluer la sévérité de la dépression chez l'adolescent

(N° 586 du 06 Mai 2010)

Contexte

Quels que soient les aspects cliniques de la dépression chez l'adolescent, les enjeux à court et à long terme sont extrêmement importants. 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 [7] et américaines [3,6,8] ou de synthèses [5,9].

Données de la littérature

Évaluer 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 [2,7]. 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 [2,7]. Il faut aussi prendre en compte le contexte familial et scolaire, l'existence de symptômes somatiques inexpliqués, la prise d'alcool ou de drogue, les 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 [5,9].

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 » [8]. A défaut, le NICE propose, comme d'autres consensus nord-américains ou anglais [in 5], une évaluation à visée décisionnelle intégrant les caractéristiques psychosociales de l'adolescent [7,8] :

1/ < 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/ > 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 [8]. 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 [3,5].

L'adolescent déprimé : quel traitement ?

(N° 588 du 27 Mai 2010).

Contexte

Selon les données épidémiologiques [2,7], 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 [2,7,9]. Le traitement ne peut donc être que multifactoriel, quelle que soit par ailleurs la controverse sur l'utilisation des antidépresseurs [3,5]. Il existe très peu de données sur les résultats à long terme et la prévention des rechutes.

Données de la littérature

Dépression « légère ». Elle relève quasi-exclusivement des soins primaires [3,7,10]. De nombreuses études observationnelles [7] ont suggéré des 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 intrafamiliaux) [2,3,5,7] 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 stress [5]. Le NICE et la HAS insistent sur la nécessité de la confidentialité, du consentement de l'adolescent et de ses parents [2,7]. 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 NICE [7] propose un échéancier : 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 [2,3,7,10]. Les recommandations américaines insistent sur la nécessité d'un « plan de sécurité » [3] : 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 » [9], la recherche est insuffisante. Les thérapeutes les plus expérimentés, capables de créer une meilleure « alliance thérapeutique », semblent avoir les meilleurs résultats [7].

Dépression « modérée à sévère ». Un avis spécialisé (diagnostic et évaluation) est indispensable [3,7,9,10]. 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 séances [7,10]. 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 adverses [6]. 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) [10,11]. Les données sur la sertraline et le citalopram sont plus inconsistantes. 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 1ère 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 psychiatrique** [7].

Dépression et suicide sont fortement corrélés chez l'adolescent

(N° 591 du 17 Juin 2010)

Contexte

Le suicide est l'une des principales causes de mortalité à cet âge : près de 1 000 décès annuels chez les 15-24 ans, probablement près de 100 fois plus de tentatives de suicide (TS), dont 3 sur 4 n'entraînent pas d'hospitalisation, et de nombreux accidents de circulation assimilables à des comportements suicidaires. Ces données françaises datant de 10 ans semblent toujours d'actualité [12]. La corrélation entre dépression et geste suicidaire est forte bien que difficile à quantifier, notamment pour des problèmes méthodologiques de définition des manifestations de la dépression de l'adolescent [13]. La controverse sur le risque potentiel des IRS s'est interposée dans le débat (*Bibliomed 377*). Les conclusions de la conférence de consensus de 2000 restent pour l'essentiel valides [14]. Quelques études et synthèses récentes apportent des éléments de réflexion novateurs pour la prise de décision [6,15,16].

Données de la littérature

Dépression et geste suicidaire à l'adolescence. Il existe peu de données épidémiologiques récentes. La dépression, sous différentes formes, y compris des épisodes très brefs, mais récurrents, était retrouvée 7 à 8 fois sur 10 dans les études chez des adolescents hospitalisés après TS [13]. L'association dépression et tendance au suicide est courante à l'adolescence (prévalences respectives dans l'étude canadienne : 7,6 et 13,5%) [5] et étroitement liée aux suicides « réussis » [6,13]. Les auteurs européens d'inspiration analytique insistent surtout sur une perspective dynamique où entrent en jeu à la fois une vulnérabilité interne propre aux adolescents, même si les troubles de l'humeur sont le plus souvent en cause, [13] et la défaillance de l'environnement familial, scolaire ou social [15]. La perspective anglo-saxonne, plutôt d'inspiration comportementaliste, est assez proche [6,16].

Reconnaître et comprendre pour anticiper. La seule façon d'y parvenir est de rechercher systématiquement la présence d'idées de suicide chez des adolescents en désarroi ou chez lesquels les plaintes, notamment somatiques, ne s'expliquent pas [13,14]. La conférence de consensus [14] insistait sur 3 types de signes : les expressions d'idées et d'intentions suicidaires, les manifestations de la crise psychique et le contexte de vulnérabilité, en particulier en cas d'évènements traumatiques de vie récents ou à date anniversaire.

Diagnostiquer une dépression dans un tel contexte est « *une étape incontournable [...] : l'expérience de Götland démontre que la reconnaissance puis le diagnostic par des généralistes qui ont suivi un programme de FMC sur ce thème débouchent sur une réduction significative du taux de suicide* » [13]. La conférence de consensus insistait sur l'évaluation de la dangerosité et de l'urgence [14]. Mais au-delà de cette approche « utilitaire », il importe de ne pas isoler la crise du contexte de l'adolescence. L'expérience de Necker [15] a montré qu'une évaluation approfondie du fonctionnement psychique de l'adolescent au moment du geste suicidaire et un an plus tard, avec un accompagnement durant cette période de « haut danger », permettait à l'adolescent de « *rattacher son geste à un sens latent et de remettre en activité un processus psychique temporairement pétrifié* ».

Accompagner : maintenir le « lien ». Toutes les publications [13,16] insistent sur l'importance du travail en réseau entre généraliste, psychiatre et psychothérapeute. Exception française notable : l'équipe « *pluridisciplinaire* » est exclusivement hospitalière [15]. Le généraliste accueille et parfois reste le seul soignant mais « *doit pouvoir s'entourer des conseils d'un spécialiste et partager éventuellement avec lui la responsabilité des décisions thérapeutiques* » [13].

Mots clés : adolescent – trouble dépressif – soins primaires – suicide - antidépresseurs [*adolescent – depressive disorder – primary care – suicide – antidepressive agents*]

L'adolescent déprimé – L'essentiel pour la pratique

La prévalence de la dépression de l'adolescent et ses risques particuliers en font une pathologie différente de celle de l'adulte. **Les premiers symptômes peuvent être de simples troubles comportementaux ou un refus d'aller à l'école. Il faut y penser dans des situations de consultation banales et ne pas sous-estimer le danger en attribuant les troubles à la « crise d'adolescence ».** Certains adolescents sont plus « à risque » de dépression : antécédents personnels, même en l'absence d'épisode caractérisé, et chez les parents.

L'évaluation est à faire au cas par cas sur un regroupement symptomatique vaste et hétérogène définissant des « épisodes dépressifs caractérisés » sur des périodes d'au moins 15 jours durant lesquelles les symptômes ont été observés. Mais comme toute situation de changement l'adolescence est marquée par une période d'instabilité de l'image de soi, des autres, des investissements, de l'humeur. **La dépression signe alors une situation d'échec du processus de développement, la mise en œuvre de défenses comportementales ou psychosomatiques.**

La décision thérapeutique repose sur une analyse fine de la situation et des éléments liés aux réaménagements de la personnalité inévitables et nécessaires à cet âge. **L'importance de l'effet placebo à l'adolescence, les dangers potentiels des antidépresseurs doivent les « réserver » en seconde intention aux formes sévères.**

La corrélation entre dépression et suicide est très forte à l'adolescence. **Aucune TS ne peut être considérée comme à « faible risque », bien qu'elles soient souvent banalisées, à commencer par les adolescents eux-mêmes et les facteurs déclenchants (fatigue, surmenage, rupture sentimentale, dispute familiale...) très souvent minorés par l'adolescent et sa famille.** L'hospitalisation reste, malgré l'absence d'études contrôlées, la solution immédiate la plus protectrice et la plus sûre en cas de TS.

Références

- 1- Gallois P, Vallée JP. L'adolescent déprimé et son généraliste. Médecine. 2007;3(3):99-100.
- 2- HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014
- 3- Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics. 2007;120:e1299-e1312.
- 4- INSERM. Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris: INSERM; 2001.
- 5- Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. BMJ. 2010;340:254-8.
- 6- Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Expert Survey for the Management of Adolescent Depression in Primary Care. Pediatrics. 2008;121:e101-e107.
- 7- NICE. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Septembre 2005.
- 8- Williams SB, O'Connor EA, Eder M, Whitlock EP. 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.
- 9- Lamas C, Corcos M. Dépression à l'adolescence. Médecine. 2007;3:114-7.
- 10- NICE. Centre for Clinical Practice – Surveillance Programme. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. 2013
- 11- Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD004851. doi: 10.1002/14651858.CD004851.pub3.
- 12- HCSP. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Février 2000.
- 13- Laederach J, Ladame F. Suicide des jeunes et dépression. In: La dépression avant 20 ans. Lemperière T. Paris: Masson; 1998.
- 14- Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris, 19 et 20/10/2000.
- 15- De Kernier N, Canoui P, Golse B. Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire. Arch Pédiatrie. 2010;17:435-41.
- 16- Shain BN and the Committee on Adolescence. Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics. 2007;120:669-76.

Ours

Rédacteur en chef : Dr Yves LE NOC – Médecin généraliste - NANTES

Comité de rédaction :

- Dr Jean Louis ACQUAVIVA – Le Canet les Maures
- Dr Marie Françoise ARMANGAU-TUCRK - Rouen
- Dr Anne Claire BENOITEAU – Vigneux de Bretagne
- Dr Gérard BERGUA – Bordeaux
- Dr Elisabeth CHORRIN CAGNAT – Limeil Brevannes
- Dr Eric DRAHI – Saint Jean de Braye
- Dr Marc DUMOULIN - Toulon
- Dr Bruno FAVEY - Rouen
- Dr Marie Françoise HUEZ-ROBERT – Chambray les Tours
- Dr François PETREGNE - Gradignan
- Dr Claude SCALI – Charenton le pont

Bibliomed est né à l'initiative de :

- Dr Jean Marc CHARPENTIER
- Dr Pierre CLAVEIROLE
- Dr Eric DRAHI
- Dr Patrick EMERIAUD
- Dr Pierre GALLOIS
- Dr Yves LE NOC
- Dr Jean Pierre VALLEE

Edition : Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) – Société scientifique de l'Unaformec.

WikiDPC

Vos questions à
sfdrmg@gmail.com

sfdrmg@gmail.com

Pour s'abonner à Bibliomed :

<http://www.unaformec.org/Abonnement-a-Bibliomed-et-anciens.html>

Coordonnées de l'UNAFORMEC et de la SFDRMG 18/ 20 Boulevard de Reuilly – 75012 Paris