



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La dépression de l'adolescent comment repérer et prendre en charge ?

QUESTIONS / RÉPONSES

SOMMAIRE

En quoi la dépression de l'adolescent est-elle spécifique par rapport aux autres tranches d'âge ?	2
Quelle est la différence entre déprime et dépression ? Comment ne pas les confondre ?	3
Suicide et dépression sont-ils toujours liés chez l'adolescent ?.....	3
Quelle attitude doit adopter le médecin généraliste face à un adolescent en souffrance ?.....	3
Comment le médecin généraliste peut-il repérer et diagnostiquer la dépression chez l'adolescent ?..	4
Quelle est la prise en charge à proposer en première intention ?	6
Quand le médecin doit-il orienter l'adolescent vers un spécialiste ?	7
L'hospitalisation est-elle envisageable dans certains cas ?.....	7

Chiffres clés :

- ✓ Environ 8 % des adolescents entre 12 et 18 ans souffriraient d'une dépression en France.
- ✓ 1/3 des adolescents souffrant de dépression ferait une tentative de suicide.
- ✓ Le médecin généraliste est l'acteur clé dans le repérage et le diagnostic de la dépression de l'adolescent, car lorsqu'un adolescent s'adresse à un professionnel, c'est auprès du médecin généraliste dans la majorité des cas.

Les recommandations de la HAS sur le thème « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours » s'inscrivent dans le plan de santé publique « Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » et dans le « Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 ». Elles visent à aider les professionnels en relation avec les adolescents et en particulier les médecins de premier recours, à repérer la souffrance psychique de l'adolescent, diagnostiquer et évaluer l'intensité de la manifestation dépressive notamment dans le cas de l'épisode dépressif caractérisé, repérer une crise suicidaire, instaurer une prise en charge adaptée à l'adolescent et l'orienter vers des soins spécialisés si nécessaire.

En quoi la dépression de l'adolescent est-elle spécifique par rapport aux autres tranches d'âge ?

L'adolescence est une période de transition marquée par de multiples transformations. Les équilibres sont fragiles concernant le rapport au corps, la construction de l'autonomie et de la subjectivité, ainsi que la socialisation.

Une difficulté à la confiance

Contrairement aux adultes, les adolescents sont ceux qui ont le moins recours aux soins lorsqu'ils rencontrent des difficultés psychiques. En outre, recueillir la confiance d'un adolescent est difficile car il n'accorde pas spontanément sa confiance. Celle-ci est à construire petit à petit et elle est une condition indispensable mais non suffisante à la confiance. L'intervention d'un adulte peut de surcroît être vécue comme une intrusion ou une menace pour son autonomie.

L'adolescent n'exprime pas directement et spontanément ses ressentis, mais les présente plutôt indirectement à travers son comportement ou des somatisations. En revanche, il les reconnaît assez facilement si un adulte médiateur s'intéresse à lui.

Une dépression « masquée » qui peut passer inaperçue

Les symptômes de la dépression ne s'expriment pas aussi clairement que chez l'adulte et un épisode dépressif caractérisé (EDC) passe souvent inaperçu à l'adolescence. Dans cette tranche d'âge, aucun symptôme n'est spécifique à la dépression et elle s'exprime davantage par des comportements que par une mentalisation (intériorisation) comme chez l'adulte.

La dépression est ainsi difficile à repérer à cause :

- d'une confusion entre la dépression et la « crise d'adolescence » avec sa part de déprime et de comportements associés ;
- de symptômes parfois trompeurs, tels que l'irritabilité ou l'agressivité ;
- du caractère fluctuant des symptômes qui s'expriment dans différents lieux (maison, école, collège...) et dont l'expression dépend de l'environnement (culturel, familial, relationnel) ;
- de la présence de moments où l'adolescent dépressif se sent mieux lorsqu'un événement positif lui arrive ;
- de la capacité de l'adolescent à conserver des capacités de fonctionnement (relationnel, scolaire,...) ;

- de l'irritabilité et de l'agitation de l'adolescent qui peuvent provoquer des attitudes hostiles (plutôt qu'empathiques) de la part de son entourage.

L'existence d'un trouble de l'humeur à l'adolescence, non suivi ni pris en charge, augmente significativement la probabilité d'un trouble dépressif et de personnalité à l'âge adulte.

Quelle est la différence entre déprime et dépression ? Comment ne pas les confondre ?

Il est important de pouvoir dissocier ce qu'on peut appeler la « déprime » de la « dépression ».

La déprime, ou "humeur dépressive", "dépressivité"

Les sentiments de tristesse ou des symptômes dépressifs modérés et transitoires peuvent apparaître normalement à l'adolescence. Ainsi la déprime, ou "dépressivité" est un état normal et transitoire durant lequel l'adolescent présente une série de symptômes à tonalité dépressive tels que : tristesse, morosité, état d'attente ou de désinvestissement, ralentissement, instabilité émotionnelle, anxiété minime, perturbation du sommeil, fléchissement scolaire, dévalorisation, reproches adressés aux parents, autocritiques, etc. Cet état ne présente pas une intensité cliniquement significative et ne retentit pas significativement sur le fonctionnement quotidien, relationnel ou scolaire de l'adolescent. Susceptible d'être traversé à la phase de l'adolescence, cette phase de dépressivité est envisagée d'un point de vue psychanalytique comme régulateur normal du fonctionnement, voire comme en partie nécessaire au développement de l'adolescent. Il ne faut donc pas surmédicaliser toute forme d'humeur dépressive.

Cependant, tous ces symptômes dépressifs sont aussi des facteurs de risque d'une véritable dépression, et ne doivent pas être négligés.

La dépression, ou "épisode dépressif caractérisé"(EDC)

La dépression (entendue comme "épisode dépressif caractérisé" ou encore appelée "épisode dépressif majeur") se caractérise par des symptômes dépressifs (troubles de l'humeur, du cours de la pensée, troubles physiques et instinctuels, cognitions négatives et idéations suicidaires) s'inscrivant dans la durée et entraînant une souffrance cliniquement significative et un retentissement sur le quotidien de l'adolescent.

C'est au professionnel de santé de repérer la souffrance de l'adolescent et de diagnostiquer s'il connaît une déprime ou souffre d'une dépression.

Suicide et dépression sont-ils toujours liés chez l'adolescent ?

La dépression s'associe à une augmentation du risque suicidaire. Cependant, il ne s'agit pas d'un lien exclusif. En effet, si les facteurs de risque de dépression et de suicide à l'adolescence sont communs pour leur majorité, ils ne sont pas spécifiques à l'un ou à l'autre.

La majorité des suicides ou tentatives de suicide ne sont pas secondaires à une dépression chez l'adolescent contrairement à l'adulte. En effet, la moitié des suicides des adolescents découle d'un contexte de dépression (et seulement 30% des tentatives de suicide).

Les facteurs déclenchants de suicide et tentative de suicide les plus communs sont les conflits familiaux pour les enfants prépubères, les conflits amicaux pour les adolescents pubères ainsi que les événements négatifs de la vie (suicide d'un proche ou d'un membre de la famille, conflits familiaux, pertes interpersonnelles) dits « événement précipitant ».

Quelle attitude doit adopter le médecin généraliste face à un adolescent en souffrance ?

Adopter une attitude empathique et centrée sur l'adolescent

Le médecin généraliste doit adopter une approche empathique, soutenante et collaborative centrée sur l'adolescent et ce dès la première consultation. L'adolescent doit être considéré comme un individu singulier, capable de participer autant que possible au processus de prise de décision. Il ne doit pas être réduit à ses seuls symptômes.

Dans le cadre de la consultation, le médecin doit rechercher des manifestations dépressives en questionnant l'adolescent et en l'aidant à exprimer ses ressentis. Face à une souffrance, il doit rechercher une dépression sous-jacente et prévoir avec l'adolescent une prochaine consultation dont le délai sera adapté à la gravité des symptômes.

Adapter le temps de consultation

Lors de toute consultation, le médecin doit également distinguer 4 phases à adapter en fonction de la situation :

- phase 1 : l'adolescent en présence des parents

Il est recommandé d'impliquer la famille pour explorer les comportements symptomatiques qu'elle a repérés, l'histoire de l'adolescent et la dynamique familiale.

- phase 2 : l'adolescent seul

Il est recommandé, quel que soit le motif initial de la consultation, de s'entretenir avec l'adolescent sans la présence des parents. Cette phase de la consultation a pour but de lui donner de manière systématique une possibilité d'éclaircir certains points, révéler sa souffrance interne, aborder sa vie relationnelle et affective ainsi que ses conduites à risque.

- phase 3 : l'examen somatique

Il est recommandé de réaliser l'examen somatique (physique) de l'adolescent sans la présence des parents et avec leur accord. Cet examen somatique indispensable peut être reporté lors d'une autre consultation en cas de problématique psychique apparaissant d'emblée.

- phase 4 : la restitution à l'adolescent et à sa famille

Il est recommandé de faire une restitution avec tact des éléments recueillis et des ressentis, puis de définir avec l'adolescent et sa famille des objectifs thérapeutiques et une stratégie de soins claire et compréhensible adapté à l'âge et aux circonstances. La stratégie peut se limiter dans un premier temps à poursuivre l'éclaircissement de la situation de l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique (c'est-à-dire la relation d'aide médecin-adolescent) lors des consultations suivantes.

Comment le médecin généraliste peut-il repérer et diagnostiquer la dépression chez l'adolescent ?

Considérer les facteurs de risque

Outre la prise en compte des spécificités de l'adolescence, le médecin traitant doit également être attentif à certains facteurs de risque de la dépression, qui peuvent être :

- individuels : antécédents de souffrance dans l'enfance, de maladie, de trouble psychiatrique ou de conduite, de traumatisme, mais aussi une orientation sexuelle non hétérosexuelle, une puberté précoce, une sexualité à risque ou une grossesse à l'adolescence ;
- environnementaux : mauvaises relations familiales, sociales, événements négatifs vécus, psychopathologie parentale (tels que des consommations de substances psychoactives ou une dépression maternelle,...).

En parallèle le médecin doit également rechercher les signes d'alerte suicidaire, c'est à dire en tenant compte de :

- l'intentionnalité suicidaire (antécédent suicidaire personnel ou dans l'entourage, communication directe ou indirecte d'une intention suicidaire) ;

- les autres signes de crises suicidaires : désespoir, sentiment d'impasse, retrait avec désinvestissement des liens, anxiété, agitation comportementale, hyperactivité, rage incontrôlée, incapacité à dormir ou hypersomnie, altération de la conscience de soi,...
- la pathologie psychiatrique actuelle : dépression caractérisée, conduites et consommations à risque (alcool, substances psychoactives), impulsivité, trouble de la conduite,....
- le contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet et d'humiliation.

Les adolescents vivant en foyer, déracinés, ayant affaire au système judiciaire et/ou ayant été victimes de maltraitance sont considérés comme à « très haut risque » de dépression ou de suicide, surtout lorsqu'ils n'ont pas pu s'appuyer par le passé sur des adultes de confiance.

Ces facteurs de risques ne sont toutefois pas spécifiques à la dépression ou au suicide, mais constituent des éléments à considérer dans la démarche de repérage du médecin.

Evaluer les symptômes et établir le diagnostic clinique

Différents outils sont à disposition des professionnels dont les questionnaires ADRS et TSTS CAFARD pour les aider à détecter des manifestations dépressives chez un adolescent.

Le diagnostic d'une dépression (EDC) est clinique, et il repose sur l'association :

- de symptômes dépressifs,
- une souffrance cliniquement significative,
- un retentissement sur le quotidien.

Les symptômes de la dépression à l'adolescence	
Manifestations émotionnelles intériorisées (symptômes cardinaux)	<ul style="list-style-type: none"> ○ humeur dépressive ou irritable envahissante et durable (tristesse, abattement, instabilité de l'humeur, angoisse envahissante, agressivité, hyper-réactivité,...) ○ perte de plaisir partielle ou totale, indifférence, ennui
Manifestations cognitives internalisées	<ul style="list-style-type: none"> ○ idées envahissantes de dévalorisation, de désespoir, culpabilité ○ indécision pathologique ○ idées de mort récurrentes ○ idées dysmorphophobiques, délires et hallucinations
Manifestations psychomotrices, physiques et instinctuelles	<ul style="list-style-type: none"> ○ ralentissement psychomoteur envahissant et durable ○ agitation psychomotrice envahissante ○ plaintes somatiques (douleurs, sensations de malaises, malaises...) ○ conduites alimentaires particulières (anorexie, hyperphagie, boulimie) ○ trouble du sommeil durable
Manifestations externalisées sur l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> ○ désinvestissement scolaire ○ besoin d'un effort supplémentaire pour arriver à des performances identiques ○ hyper-investissement dans d'autres activités ou arrêt des activités de loisir ○ isolement ou évitement des relations voire opposition ○ comportements à risque en rupture avec le fonctionnement de l'adolescent

Pour établir le diagnostic de dépression (EDC), les symptômes doivent **durer au moins 15 jours et être au minimum au nombre de cinq**, comprenant un des deux symptômes cardinaux : humeur dépressive (ou irritable) ou perte d'intérêt (ou de plaisir).

Il est nécessaire d'apprécier :

- **l'intensité de la dépression** : légère, modérée ou sévère ;
- ses **caractéristiques symptomatiques** : mélancolique, atypique, anxieuse, mixte, psychotique.

Par ailleurs, le médecin devra également faire un diagnostic différentiel de la dépression vis-à-vis d'autres pathologies complexes comprenant également des manifestations dépressives ou des perturbations liées à :

- une consommation à risque de substances psychoactives,
- une affection médicale générale,
- un épisode mixte (symptômes maniaques et dépressifs simultanés) ou épisode dépressif caractérisé d'un trouble bipolaire,
- un trouble dépressif persistant,
- un trouble de l'adaptation dépressif ou anxio-dépressif et autres troubles psychiatriques.

Quelle est la prise en charge à proposer en première intention ?

Au-delà du bilan initial qui va différencier l'épisode dépressif de la déprime passagère, l'examen clinique doit comprendre au moins la mesure de l'IMC et la prise de la tension artérielle. En parallèle, des conseils hygiéno-diététiques peuvent être délivrés après avoir bâti une alliance thérapeutique avec l'adolescent. Les objectifs thérapeutiques doivent également être décidés en commun avec l'adolescent et les parents et s'adaptent à chaque situation.

Dans le choix de la prise en charge par le médecin, il s'agit d'abord à court et moyen terme, de gérer la crise suicidaire, et de protéger l'adolescent. A long terme, il s'agira d'aider l'adolescent à dépasser ses vulnérabilités et à retrouver une estime de soi.

Selon l'évolution de la dépression, l'intervention thérapeutique agira sur trois niveaux : physique, psychique, et socio-environnemental.

Une psychothérapie relationnelle en première intention

L'objectif premier de la prise en charge consiste à soutenir le développement entravé par la dépression. L'adolescent doit réapprendre à réinvestir sa vie sociale et affective. Il est donc recommandé de réaliser en première intention une psychothérapie chez un adolescent présentant un EDC. Les thérapies les plus utilisées sont d'une part la thérapie de soutien, et d'autre part, les diverses thérapies spécifiques : psychothérapie psychodynamique, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la psychothérapie interpersonnelle (TIP), les thérapies systémiques, les thérapies psychocorporelles.

Toutes ces thérapies accordent une grande place à l'empathie et au dialogue réflexif avec des approches diversifiées (théoriques, en impliquant d'autres personnes, en utilisant l'expression corporelle ou verbale etc.) et doivent d'adapter à chaque individu.

Selon la complexité de la dépression différentes thérapies sont recommandées en première intention :

1. **La thérapie de soutien** : dans le cas d'une dépression légère à modérée en l'absence de comportements suicidaires, voire dans le cas d'une déprime passagère.

En cas de résistance ou d'aggravation des symptômes après 4 à 8 semaines, ou lorsque l'adolescent présente un épisode dépressif caractérisé (EDC), il est recommandé de mettre en place une psychothérapie spécifique.

2. **Une psychothérapie spécifique** : face à une dépression sévère ou complexe comme une dépression persistante, associée à d'autres maladies ou des difficultés relationnelles et/ou familiales.

L'indication et le choix d'une psychothérapie spécifique reposent sur de nombreux facteurs parmi lesquels :

- la disponibilité et l'engagement du thérapeute ;
- l'attente des demandeurs, leur culture, leurs croyances, leurs expériences antérieures ;
- la nature des symptômes et du fonctionnement psychique.

Si l'adolescent refuse de se faire soigner, la demande devra être explicitement portée par les parents ou les thérapeutes. En cas de refus des parents, l'hospitalisation peut être imposée par le médecin par une ordonnance de placement provisoire sur décision judiciaire pour une durée maximale de 15 jours.

Associer l'entourage de l'adolescent à la prise en charge

Face à la dépression, rares sont les adolescents à exprimer leur mal être directement. Dans ces circonstances le contexte de la première rencontre avec le professionnel de santé, l'adolescent et l'entourage va conditionner le repérage et la prise en charge. C'est la qualité de la relation avec l'adolescent mais aussi avec son entourage qui vont permettre de définir un diagnostic et de fixer des objectifs de prise en charge adaptés.

La place de la famille dans la prise en charge doit faire intégralement partie du processus de prise en charge dans la mesure où la dépression est souvent liée à une problématique relationnelle avec ses parents. Il est donc recommandé d'aborder clairement la question de la confidentialité et de définir d'emblée la place de la famille, de discuter avec l'adolescent du partage des informations le concernant et d'associer la famille selon l'âge de l'adolescent et les relations qu'il a avec elle.

Quand le médecin doit-il orienter l'adolescent vers un spécialiste ?

L'épisode dépressif caractérisé ne justifie pas le renvoi à un spécialiste ou le recours à l'hospitalisation. Le premier geste du médecin est de revoir rapidement l'adolescent souffrant. Les critères d'orientation vers un (pédo)psychiatre sont : la présence de symptômes graves, la complexité du diagnostic, une difficulté dans la relation thérapeutique ou une demande formulée par le patient.

Il ne doit pas y avoir de rupture thérapeutique d'un soin à l'autre, mais au contraire un suivi et une collaboration entre professionnels.

Quelle place pour la prise en charge médicamenteuse ?

La prescription d'antidépresseurs se justifie seulement en cas d'échec de la psychothérapie, après 4 à 8 semaines de thérapie, ou si des signes de gravité particuliers empêchent tout travail relationnel. Dans ce cas, la prise en charge doit comprendre une psychothérapie adaptée et un traitement médicamenteux. Même en cas d'EDC, **il est recommandé de ne pas prescrire les antidépresseurs en première intention et de manière isolée**. De la même manière, il n'est pas recommandé d'en prescrire en cas d'EDC léger ou lorsque le nombre de symptômes est insuffisant pour remplir les critères d'un EDC.

La fluoxétine (PROZAC®) est le seul médicament à avoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) comportant une indication pour les adolescents contrairement aux autres antidépresseurs : en association avec une psychothérapie, la fluoxétine présente un rapport bénéfice/risque favorable lorsque l'EDC est modéré ou sévère lorsque la psychothérapie seule a été inefficace.

L'arrêt du traitement médicamenteux ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement du médecin. Il doit être progressif pour prévenir le risque de rechute et sera programmé avec le patient et son entourage.

L'hospitalisation est-elle envisageable dans certains cas ?

L'hospitalisation peut être envisageable soit d'emblée soit au cours du parcours de soins de l'adolescent. Elle est réservée à certaines situations graves, lorsque le risque de passage à l'acte suicidaire est imminent ou si le contexte familial est défavorable. En dehors de l'urgence, c'est un (pédo)psychiatre qui doit évaluer cette possibilité et le cas échéant expliquer à l'adolescent et à l'entourage les informations relatives à une hospitalisation (présentation des lieux et de l'équipe par exemple).