

Particularités de la dépression chez l'adolescent

Mots clés :
Adolescent
Dépression
Soin pri-
maire

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 points¹⁻⁶.

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^{1,2,5}. A court terme, la dépression affecte la scolarité, le développement relationnel ; à long terme, la santé physique et fonctionnelle de l'adulte³.

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.

Que retenir pour notre pratique ?

La prévalence de la dépression de l'adolescent (1 à 6% de la population) et ses risques particuliers en font une pathologie différente de celle de l'adulte. Si les critères diagnostiques sont les mêmes, les premiers symptômes peuvent être de simples troubles comportementaux ou un refus d'aller à l'école³... 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 : ceux qui ont des antécédents personnels (même en l'absence d'épisode caractérisé, mais encore plus s'il y a eu épisode caractérisé : le taux de rechute est particulièrement élevé) ; ceux dont les parents ont des antécédents de dépression³.

Dans la plupart des pays, les médecins généralistes ont un rôle de premier plan dans le diagnostic et le traitement initial de la dépression de l'adolescent. Pourtant, peu d'études thérapeutiques ont été menées dans un contexte de soins primaires et les recommandations sont plus fondées sur des accords professionnels que sur des données factuelles^{3,5}. Nous y reviendrons.

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^{2,3}. Le dialogue avec la famille, en accord avec l'adolescent (*Bibliomed 559*) est indispensable, pour un traitement « global » (recommandation forte, mais sur simple accord professionnel²).

Quels sont les signes d'alarme ?

Selon un consensus d'experts (plus de la moitié exerçaient en soins primaires)⁵, 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 NICE³ lorsque est présent l'un des 4 signes suivants : idées ou planification suicidaires, symptômes psychotiques, agitation associée à des symptômes dépressifs sévères, laisser-aller majeur.

Références

- 1- Gallois P, Vallée JP. L'adolescent déprimé et son généraliste. *Médecine*. 2007; 3(3): 99-100.
- 2- Zuckerbrot RA. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): 1. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*. 2007; 120: e1299-e1312.
- 3- Thapar A et al. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ*. 2010; 340: 254-8.
- 4- NICE. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Septembre 2005.
- 5- INSERM. Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris: INSERM; 2001.
- 5- Cheung AH et al. Expert Survey for the Management of Adolescent Depression in Primary Care. *Pediatrics*. 2008; 121: e101-e107.