

La fréquence de la dépression semble augmenter de manière importante après la puberté, bien que les données épidémiologiques varient beaucoup selon les critères diagnostiques retenus. La prise en charge – notamment pharmacologique – de cette pathologie fait toujours l'objet de controverse et pose au généraliste, souvent premier consulté, de difficiles problèmes d'évaluation des risques encourus (la corrélation entre dépression et suicide est très forte à l'adolescence) et de la nécessité d'une hospitalisation. La recommandation régulièrement réitérée de ne pas rester seul face au problème et de recourir à des pratiques « coordonnées » se heurte à la réalité des difficultés quotidiennes et relève aujourd'hui encore le plus souvent de l'incantation conjuratoire... Dans ce domaine particulier comme dans beaucoup d'autres, s'il est évident que les médecins généralistes jouent de fait un rôle de premier plan dans le diagnostic et le traitement initial, peu d'études thérapeutiques ont été menées dans un contexte de soins primaires, peu se sont intéressées au bénéfice ou non d'une intervention précoce – justifiant éventuellement d'un dépistage ou à tout le moins d'une évaluation systématisée de l'humeur de tout adolescent consultant – et les preuves de l'efficacité de mesures préventives sont bien aléatoires.

# Dépression chez l'adolescent

## Qui est « à risque », et de quoi ?

Ces dossiers sont issus de textes publiés chaque semaine depuis quelques années dans *Bibliomed*. Actualisés si nécessaire en fonction des données les plus récentes, ils ne résultent pas d'une revue systématique de la littérature, mais d'une veille documentaire en continu des principales revues médicales publiant des études fondées sur les preuves, ou des recommandations en résultant. Ils ont pour ambition de fournir au médecin généraliste une actualisation des données sur les questions pertinentes pour leur pratique retenues par le comité de rédaction.

Nous avons consacré plusieurs articles d'un précédent numéro de *Médecine* (mars 2007) à cette difficile question, d'autant plus importante et complexe que 40 000 adolescents et enfants français sont traités chaque année par antidépresseurs (données CNAMTS, in [1]). Cette situation clinique, si remplie d'incertitudes diagnostiques, est en outre dominée par plusieurs données thérapeutiques dérangeantes : l'importance de l'effet placebo, l'inefficacité des tricycliques par rapport au placebo, l'amélioration incertaine par les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) et la probable augmentation du risque suicidaire avec certains de ceux-ci. L'approche psychologique reste pour tous les auteurs la base du traitement, c'est-à-dire, d'abord et à toutes les étapes, l'écoute et l'accompagnement. Nos conclusions de 2007 sont toujours valables : « *s'il reste à définir les modalités de cette indispensable psychologie de soutien, sans doute à se former et perfectionner sans cesse ses compétences dans ce domaine, gardons surtout en mémoire que l'approche pharmacologique de la dépression de l'enfant et de l'adolescent doit être utilisée avec circonspection* ».

Les questions auxquelles répond ce dossier ont fait l'objet de 5 publications de *Bibliomed* : 584 du 22 avril 2010, 586 du 6 mai 2010, 588 du 27 mai 2010, 377 du 10 mars 2005, 591 du 17 juin 2010.

## Une pathologie fréquente souvent méconnue

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 trois, les deux autres n'ayant aucune prise en charge thérapeutique. Et le traitement n'est optimal qu'une fois sur deux 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 [1-6].

### 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 chez 60 et 39 % des adolescents dépressifs [1, 2, 5]. À court terme, la dépression affecte la scolarité, le développement relationnel ; à long terme, la santé physique et fonctionnelle de l'adulte [3].

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 [7]. 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 [7] est indispensable, pour un traitement « global » (recommandation forte, mais sur simple accord professionnel [2]).

### Quels sont les signes d'alarme ?

Selon un consensus d'experts dont plus de la moitié exerçaient en soins primaires, 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) [5]. Il en est de même pour le groupe de travail du NICE [4] 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.

### 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'école [3]... 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 dépression [3].

**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 [4, 6].



## Évaluer la sévérité : au cas par cas

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 [4] et américaines [2, 6, 8] ou de synthèses [3, 9].

### Une clinique très hétérogène

Le diagnostic repose, selon la classification 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). À 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 [4]. 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, 4]. 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 [3, 9].

### Évaluer, mais sur quels critères ?

Il existe de nombreux « scores validés », y compris dans leur version française. Leurs grandes variations de sensibilité (18 à 100 %) et de spécificité (38 à 97 %) montrent surtout qu'il n'existe pas de « standards » [8]. À défaut, le *NICE* propose, comme d'autres consensus nord-américains ou anglais [in 6], une évaluation à visée décisionnelle intégrant les caractéristiques psychosociales de l'adolescent [4, 8] :

- 1 – Moins de 4 symptômes, ou symptômes intermittents ou récents (moins de 2 semaines) ; pas d'antécédents, entourage favorable, pas d'idées suicidaires, peu de handicap social : écoute, conseils et suivi généraliste.
- 2 – Cinq symptômes ou plus, 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.

### Solliciter les intervenants concernés

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 [2, 3].

### Que retenir pour notre pratique ?

L'ICD-10 ou le DSM-IV 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* » [9].

Il ne s'agit donc **pas seulement d'évaluation « quantitative », mais d'une analyse fine de la situation réelle**, pour faire, chez cet adolescent et dans ce contexte, la part des éléments de « dépressivité » liés aux réaménagements de la personnalité inévitables et nécessaires à cet âge. 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* » [9].

**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.

## Quel traitement ?

**S**elon les données épidémiologiques [in 4], 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 [4, 9]. Le traitement ne peut donc être que multifactoriel, quelle que soit par ailleurs la controverse sur l'utilisation des antidépresseurs, toujours en débat depuis le début des années 2000 [1-3]. 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 [2, 4]. De nombreuses études observationnelles [in 4] 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) [2-4], des conseils pour l'auto-apprentissage de l'hygiène de vie : alimentation équilibrée, exercice physique (45 mn à 1 h 3 fois par semaine), hygiène du sommeil, gestion du stress [3]. Le *NICE* insiste sur la nécessité de la confidentialité, du consentement de l'adolescent et de ses parents [4]. 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* 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 [2, 4]. Les recommandations américaines insistent sur la nécessité de préparer soigneusement un « plan de sécurité » [2] : 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 dans ce champ. Les thérapeutes les plus expérimentés, capables de créer une meilleure « alliance thérapeutique », semblent avoir les meilleurs résultats [4].

### Dépression « modérée à sévère »

Un avis spécialisé (diagnostic et évaluation) est indispensable [2-4, 9]. 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 [4]. 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 [4]. 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 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 1<sup>re</sup> 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 [4].

### 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 sévères [10].

**Les difficultés de communication et de prise en charge conjointe entre professionnels de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> 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...

## Efficacité et dangers des ISRS chez l'adolescent

Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont largement utilisés chez l'adulte dans les épisodes dépressifs majeurs (EDM). Leur efficacité y est comparable à celle des tricycliques. Ils sont mieux tolérés. Ils sont également prescrits dans les EDM de l'enfant ou l'adolescent où la fluoxétine a une AMM européenne depuis 2006 [10], la fluvoxamine et la sertraline étant indiquées avant 18 ans exclusivement dans les troubles obsessionnels compulsifs. La controverse qui a débuté il y a quelques années porte sur deux points : **le doute sur l'efficacité des ISRS** et **la suspicion d'une augmentation du « risque suicidaire »**, au sens large incluant idées et comportement suicidaire. Ceci a conduit les agences du médicament (Grande-Bretagne et Canada en 2003, USA et Europe en 2004) à alerter les prescripteurs [10-12]. Le dossier de l'AFSSAPS [10] repose sur des données antérieures à 2005, en l'absence de données factuelles plus récentes modifiant ces mises en garde.

### Peu d'essais probants : 6 publiés, 6 non publiés

Une méta-analyse validée par le NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) [13] a analysé les essais randomisés comparant un ISRS au placebo chez les moins de 18 ans souffrant d'EDM (au sens DSM IV) : 5 étaient publiés, avec quelques données manquantes, 6 non publiés, aux résultats généralement moins probants. L'essai TADS américain, sponsorisé par le NIMH (*National Institute of Mental Health*) [14] a été publié par la suite (2004).

### Une efficacité modeste

Pour la fluoxétine, les 2 essais publiés de la méta-analyse (315 participants) mesuraient la réponse à 7-8 semaines avec l'échelle CDRS-R (*Children's depression rating scale revisited*). Une amélioration de 30 % était constatée chez 56 et 65 % sous fluoxétine vs 33 et 53 % sous placebo [15].

L'essai TADS [14] (439 adolescents de 12 à 17 ans) a comparé les résultats à 12 semaines dans 4 groupes randomisés : placebo, fluoxétine, psychothérapie cognitivo-comportementale (PCC), association des deux. Les taux de réponse étaient de 35 % avec le placebo, 43 % avec PCC, 60 % avec fluoxétine, 71 % avec fluoxétine + PCC. L'amélioration, évaluée avec 3 scores dont la CDRS-R, était modeste (20 points, sur une échelle de 17 à 113 points, sous placebo vs 23 sous fluoxétine).

Dans les essais avec d'autres ISRS, le bénéfice était encore plus modeste, voire incertain.

### Des risques dépassant les bénéfices

Pour la fluoxétine, les données (publiées ou non) des 2 essais sur les comportements et idées suicidaires ne montraient pas d'augmentation du risque. Dans l'essai TADS, les idées suicidaires étaient identiques dans les 4 groupes ; il y a eu 7 tentatives de suicide réparties dans 3 groupes, sans décès ; mais agitation, auto ou hétéro-agressivité étaient augmentées dans le groupe fluoxétine seule (OR 2,19 ; IC 95 % 1,03-4,62).

**Pour l'ensemble des ISRS, tous essais réunis, le risque d'évènements adverses était augmenté ; le risque d'idées et de comportements suicidaires était doublé** dans les groupes traités par rapport aux groupes placebo (RR = 2,19 ; IC 95 % : 1,50-3,19 ; p = 0,00005) [11]. Aucun décès par suicide n'a cependant été enregistré dans ces essais, qui regroupaient chacun entre 100 et 400 adolescents ou enfants.

Au total, si le rapport bénéfice/risque reste favorable pour la fluoxétine, il est nettement défavorable pour les autres ISRS. Mais l'agitation et l'agressivité paraissent des effets de classe, et nécessitent une grande prudence pour la prescription de l'ensemble des ISRS [12].

### Que retenir pour notre pratique ?

**Les problèmes méthodologiques sous-jacents impliquent des réponses mesurées**, d'autant plus qu'il y a peu d'essais publiés et que les non publiés ont des résultats négatifs ou incertains. D'importantes questions restent sans réponse : validité des définitions du DSM à cet âge, durée optimale des essais, puissance suffisante pour évaluer un évènement rare comme le suicide...

**L'importance de la réponse « placebo », les rémissions spontanées fréquentes semblent propres à cet âge.** La recherche d'une « alliance thérapeutique » forte avec l'adolescent en souffrance est le premier objectif de la prise en charge. Nous y reviendrons.

**Le risque suicidaire nécessite toujours une évaluation soigneuse et une mobilisation de l'entourage proche.** Les antidépresseurs tricycliques n'ont pas fait la preuve d'une efficacité supérieure à celle du placebo [13], les ISRS peut être un peu plus. Mais leur balance bénéfices/risques défavorable les « réserve » à une seconde ligne, après échec (et en complément) d'une prise en charge non médicamenteuse, et toujours sous « surveillance rapprochée »...



## Dépression et suicide sont fortement corrélés chez l'adolescent

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 [16]. 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 [17]. La controverse sur le risque suicidaire potentiel des ISRS est toujours en débat. Les conclusions de la conférence de consensus de 2000 restent pour l'essentiel valides [18]. Quelques études et synthèses récentes apportent des éléments de réflexion novateurs pour la prise de décision [19-21].

### 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 [17]. L'association dépression et tendance au suicide est courante à l'adolescence (prévalences respectives dans l'étude canadienne : 7,6 et 13,5 % [20]) et étroitement liée aux suicides « réussis » [17, 20]. 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 [17]) et la défaillance de l'environnement familial, scolaire ou social [19]. La perspective anglosaxonne, plutôt d'inspiration comportementaliste, est assez proche [20, 21].

### 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 [17, 18]. La conférence de consensus française [18] insistait en 2000 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'événements 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 » [17]. La conférence de consensus insistait sur l'évaluation de la dangerosité et de l'urgence [18]. Mais au-delà de cette approche « utilitaire », il importe de ne pas isoler la crise du contexte de l'adolescence. L'expérience de Necker [19] 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 [17-21] insistent sur l'importance du travail en réseau entre généraliste, psychiatre et psychothérapeute (l'exception française est notable : l'équipe « pluridisciplinaire » est exclusivement hospitalière [19]) : 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 » [17].

### Que retenir pour notre pratique ?

**Aucune TS ne peut être considérée comme à « faible risque »**, bien qu'elles soient souvent banalisées, à commencer par les adolescents eux-mêmes [17] et les facteurs déclenchants (fatigue, surmenage, rupture sentimentale, dispute familiale...) très souvent minorés par l'adolescent et sa famille [16]. L'hospitalisation reste, malgré l'absence d'études contrôlées, la solution immédiate la plus protectrice et la plus sûre en cas de TS [17-21].

**La corrélation entre dépression et suicide est très forte à l'adolescence.** Le traitement de la dépression s'impose de lui-même. Il était souligné, déjà en 1998, bien avant la controverse sur l'emploi des ISRS, que « s'en tenir à la seule prescription de médicaments peut être considéré comme une négligence professionnelle » [17]. Repérer les signes prémonitoires en temps opportun est la première étape, essentielle, de toute prise en charge.

**Depuis des décennies, la référence incessante à une pratique de « réseau » semble au mieux relever de l'incantation conjuratoire.** Les divers planifications ou projets n'ont jamais abouti à une solution concrète et ce point reste préoccupant dans notre pays...

**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) : I. Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics. 2007;120:e1299-e1312.
3. Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. 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.
6. Cheung AH, et al. Expert Survey for the Management of Adolescent Depression in Primary Care. Pediatrics. 2008;121:e101-e107.
7. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. L'adolescent et son médecin. Médecine. 2010;6(3):111-7.
8. 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.
9. Lamas C, Corcos M. Dépression à l'adolescence. Médecine. 2007;3:114-7.
10. Afssaps. Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Mise au point. Janvier 2008.
11. Garland EJ. Facing the evidence: antidepressant treatment in children and adolescents. CMAJ 2004;170:489-91.
12. Newman TB. A black-box warning for antidepressants in children. N Engl J Med. 2004;351:1595-8.
13. Whittington CJ, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. Lancet. 2004;363:1341-5.
14. TADS Team. Treatment for adolescents with depression study (TADS). JAMA. 2004;292:807-20.
15. Vitiello B, Swedo S. Antidepressant medications in children. N Engl J Med. 2004;350:1489-91.
16. HCSP. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Février 2000.
17. Laederach J, Ladame F. Suicide des jeunes et dépression. In: La dépression avant 20 ans. Lemperrière T. Paris: Masson; 1998.
18. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris, 19 et 20/10/2000.
19. De Kernier N, Canouï 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.
20. Cheung AH, Dewa CS. Canadian Community Health Survey: Major Depressive Disorder and Suicidality in Adolescents. Healthcare Policy. 2006;2:76-89.
21. Shain BN and the Committee on Adolescence. Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics. 2007;120:669-76.

## En résumé : dépression chez l'adolescent

- ▶ **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. **Du fait de la fréquence de la dépression à cet âge, de ses risques particuliers et de la banalité de ses premiers symptômes**, il faut y penser et ne pas sous-estimer le danger, surtout chez certains adolescents « à risque ».
- ▶ **Les classifications internationales définissent des « épisodes dépressifs caractérisés », mais il s'agit de personnes :** évaluer la sévérité de la situation n'est donc pas seulement question d'évaluation « quantitative », mais de prise en compte de la part des éléments de « dépressivité » liés aux réaménagements de la personnalité inévitables et nécessaires à cet âge et du contexte environnemental et en premier lieu familial et scolaire.
- ▶ **Le traitement de la dépression ne peut en aucun cas se résumer à la seule prescription de médicaments**, en dehors même de la controverse toujours actuelle sur l'emploi des ISRS. Mais de nombreuses questions restent sans réponse actuelle : efficacité des stratégies psychosociales de première intention, 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...
- ▶ **La corrélation entre dépression et suicide est très forte à l'adolescence et aucune TS ne peut être considérée comme à « faible risque »**, même lorsqu'elle est banalisée par l'adolescent ou son entourage. L'hospitalisation reste la solution immédiate la plus protectrice et la plus sûre. Repérer les signes prémonitoires en temps opportun est la première étape, essentielle, de toute prise en charge.
- ▶ **Depuis des décennies, la référence incessante à une pratique de « réseau » semble au mieux relever de l'incantation conjuratoire.** Les divers planifications ou projets n'ont jamais abouti à une solution concrète et ce point reste préoccupant dans notre pays...