

Centre de soins
LA NOUVELLE AQUITAINE

SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE PAU ET DU BÉARN

**PRÉVENTION DE LA
DÉPRESSION CHEZ LES
ADOLESCENTS**

Dr Xavier Pommereau
psychiatre

17 Mars 2022 - IFSI de PAU



QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE

- ❖ L'adolescence « biologique » (croissance) = 12-18 ans
- ❖ L'adolescence « sociologique » en France = nébuleuse qui s'étire :
 - Pré-ados, à partir de 10-11 ans
 - « Vieux ados » ou jeunes adultes entre 18 et 25 ans
- ❖ 15 % des adolescents sont en **mal-être**, soit 1 sur 7...
 - Les garçons l'expriment plus souvent à travers violences et actes antisociaux
 - Les filles l'expriment plus souvent à travers des violences auto-infligées
 - Parmi tous ces jeunes, les passages à l'acte suicidaires sont hélas à redouter.
 - La dépression est fortement associée au risque suicidaire** (HAS, Inserm).

LE MAL-ÊTRE À L'ADOLESCENCE, C'EST QUOI ?

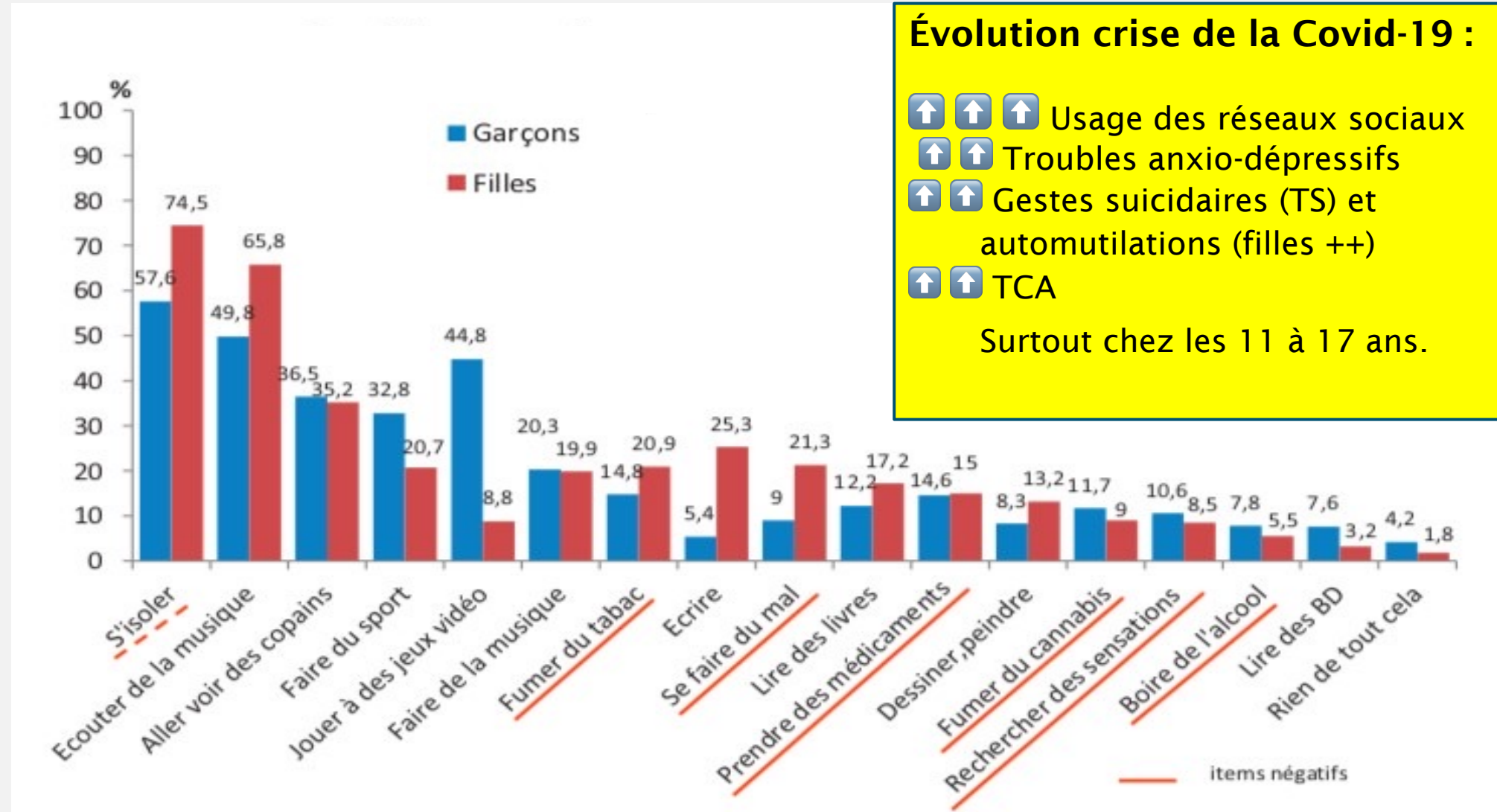
- ❖ Sentiment général ± durable de malaise diffus ou sensation de souffrance intérieure associée ou non à un événement de vie défavorable, entraînant un vécu douloureux qui complique la vie psychique et relationnelle.
- ❖ Les manifestations peuvent être **physiques** et/ou **psychiques**.
- ❖ Leur **intensité**, leur **durabilité** et leur **retentissement** favorisent la distinction entre le normal et le pathologique, notamment en ce qui concerne :
 - Anxiété et émotivité **vs** attaque de panique, angoisses et phobies
 - Tristesse, morosité et déprime **vs** état dépressif caractérisé.
 - Labilité de l'humeur et irritabilité **vs** trouble bipolaire.
 - Fatigue, manque de motivation, impulsivité, provocations **vs** conduites de rupture
- ❖ Les passages à l'acte sont des alertes. Le risque suicidaire est un des risques majeurs.

COMMENT PEUT S'EXPRIMER LE MAL-ÊTRE AU DÉBUT ?

- ❖ Tendances à l'isolement en chambre +++
- ❖ Repli sur les seuls usages numériques (internet, jeux vidéo)
- ❖ Irritabilité marquée à l'encontre des proches (parents, fratrie)
- ❖ Conduites d'évitement (repas, discussions en famille)
et réduction des échanges avec les pairs
- ❖ Refus scolaire anxieux ± important
- ❖ Morosité, perte de confiance en soi, sentiments d'infériorité
- ❖ Crises d'angoisse à répétition
- ❖ Plaintes somatiques (maux de tête/de ventre, « gastro », fatigue)
- ❖ Accès de pleurs inexplicables / Refus de se laver
- ❖ Violences (bris d'objet, bagarres, automutilations...)
- ❖ Idées sombres et pensées suicidaires ± fugaces...



COMMENT PEUT S'EXPRIMER LE MAL-ÊTRE ?



LES CONDUITES DE RUPTURE



Les ados qui vont le plus mal se « radicalisent » dans la **rupture** sous toutes les formes au sens propre comme au figuré : **(se) couper, casser, déchirer, défoncer** pour prendre le contrôle sur leur souffrance, ne plus penser, escamoter les problèmes, fuir, se défaire des angoisses, substituer les sensations aux émotions, surexposer leurs souffrances, passer de la violence subie aux **violences agies.**



LES SIGNES ANNONCIATEURS POTENTIELS

Les antécédents récents de conduites de RUPTURE :

se casser	Fugue, absentéisme scolaire
casser	Actes de violence (rixes, vandalisme)
rompre	« Clash » relationnel à répétition / rupture sentimentale
se couper	Scarifications / isolement, repli
se déchirer la tête	Ivresse massive, défonce et coma éthylique
se déchirer le ventre	Crises de boulimie avec vomissements provoqués
se briser	Prises de risque inconsidérées, blessures auto-infligées
déchirer, avorter	Sexualité précoce Condom « oublié ou rompu » → IST, IVG

D'après Pommereau X. *Le goût du risque à l'adolescence*. Paris : Albin Michel, 2016.

LES 5 CRITÈRES DE GRAVITÉ DES CONDUITES DE RUPTURE

- ❖ **Précocité** d'apparition des premières ruptures < 14-15 ans
- ❖ **Cumul** des ≠ formes de rupture
- ❖ **Intensité** / gravité
- ❖ **Répétition**
- ❖ **Inversion** par genre
(♀ violences antisociales et ♂ violences auto-infligées)



LES « AUTOMUTILATIONS »

Scarifications – Abrasions – Brûlures cutanées auto-infligées

Signes de gravité :



Précocité d'apparition

Lésions associées

Répétition

Gravage cutané

Localisations corporelles

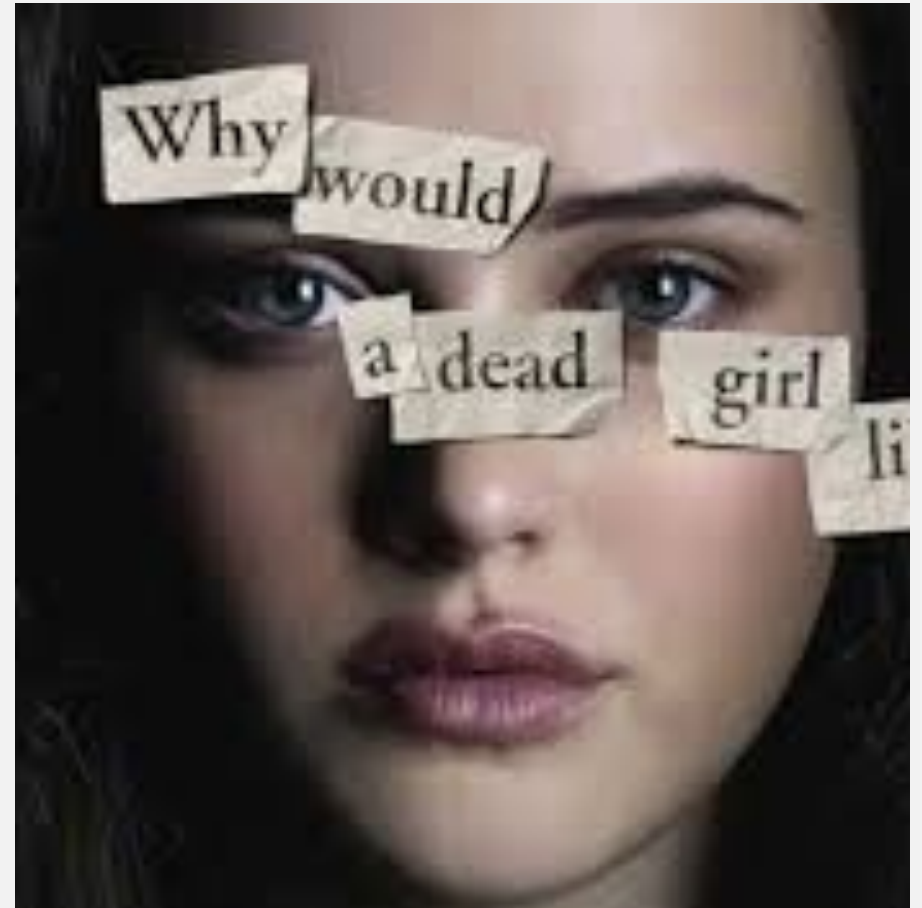
multiples



Lésions intérieur cuisses et ventre : penser aux ATCDS de violences sexuelles subies

LES ORIGINES DU MAL-ÊTRE PROFOND

- ❖ Perte prématurée (décès d'un proche, abandon...)
- ❖ Vécu post-traumatique (accident, harcèlement...)
- ❖ Dépendance affective majeure
- ❖ Angoisses identitaires portant sur les origines (adoption, secrets de famille)
- ❖ Place intenable dans les conflits intrafamiliaux
- ❖ Antécédents de violences sexuelles subies
- ❖ Autisme et syndrome d'Asperger
- ❖ Dysphorie de genre
- ❖ Troubles de la personnalité et/ou de l'humeur
- ❖ Maladie chronique => hospitalisations multiples



LA DÉPRESSION DE L'ADOLESCENT

- ❖ On estime que **8 à 10 %** des 12-18 ans vivent un **épisode dépressif caractérisé (EDC)**.
- ❖ L'incidence est deux fois plus élevée pour les filles.
- ❖ Le risque suicidaire ne doit jamais être écarté sans une évaluation appropriée.
- ❖ Alors que l'incidence d'une tentative de suicide (TS) est évaluée dans la population générale adolescente à respectivement 3.7 % et 6.8 % pour les garçons et les filles, **ces chiffres passent à 27 % et 36 % pour respectivement les garçons et les filles présentant un état dépressif avéré.**
- ❖ La fréquence des formes d'expression différentes de celles de l'adulte retarde parfois le diagnostic.

CRISE DE LA COVID-19 ET DÉPRESSION CHEZ LES JEUNES

- ❖ Selon la Drees*, les syndromes dépressifs majeurs ont été supérieurs de plus de 6 points chez les moins de 25 ans, en novembre 2020 par rapport à 2019.
- ❖ Chez les 15-24 ans, un quart des jeunes femmes ont présenté un syndrome dépressif (dont 13,4% EDC) en novembre 2020.
- ❖ 5 % des 15-24 ans ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (3,6 % des hommes et 6,4 % des femmes).

(*) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études & Résultats, *Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020*. Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov. N° 1210, octobre 2021.

QUAND ÉVOQUER LA DÉPRESSION ?

- ❖ Les symptômes sont présents presque **chaque jour**, durent **au moins deux semaines** et sont source de **détresse** avec un **retentissement relationnel majeur**. On parle alors d'épisode dépressif caractérisé.
- ❖ On retrouve ± associées :
 - une tristesse constante, une humeur dépressive presque toute la journée avec ou sans pleurs ;
 - une perte d'intérêt / de plaisir pour les activités quotidiennes et les activités habituellement agréables ;
 - une réduction de l'énergie et une fatigabilité anormale, intense, souvent dès le matin. Cette fatigue n'est pas améliorée par le repos ou le sommeil.
 - une dévalorisation de soi, une perte de confiance en soi et d'estime de soi, un sentiment d'inutilité ;
 - une culpabilité excessive et injustifiée ;
 - une vision du futur et de la vie très négative avec des perspectives pessimistes ;
 - des pensées récurrentes autour de la mort en général, et des pensées autour du suicide ;
 - une diminution de la capacité de concentration, d'attention et de mémorisation ;
 - une dégradation du sommeil qui devient peu réparateur, souvent trop court (réveils matinaux précoces) ;
 - une perte de l'appétit qui peut entraîner un amaigrissement.
- ❖ La dépression peut retentir sur l'organisme et être responsable de perte du désir et du plaisir sexuels, d'un **ralentissement** de l'activité ou au contraire d'une **agitation** avec irritabilité +++

DES SIGNES À RECONNAÎTRE À TEMPS...

LES SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION

Il existe neuf symptômes caractéristiques de la dépression. Pour que le diagnostic de dépression puisse être posé, le patient dépressif doit en présenter au moins cinq, presque tous les jours

depuis au moins deux semaines, dont obligatoirement l'un des deux premiers (tristesse et/ou perte d'intérêt et du plaisir).



TRISTESSE

quasi-permanente, avec parfois des pleurs (humeur dépressive)



PERTE D'INTÉRÊT ET DE PLAISIR

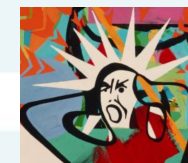
pour les activités quotidiennes, même celles habituellement plaisantes



RALENTISSEMENT

psychomoteur

ou **AGITATION**



IDÉES DE MORT OU DE SUICIDE

récurrentes, sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue

+ ruptures



SENTIMENT DE DÉVALORISATION

et de culpabilité excessif ou inapproprié



FATIGUE

souvent dès le matin (asthénie)



DIFFICULTÉS D'ATTENTION,

de concentration et de mémorisation



TROUBLES DU SOMMEIL

avec, en particulier, des insomnies matinales



PERTE D'APPÉTIT

souvent associée à une perte de poids

MANIFESTATIONS ÉMOTIONNELLES DE LA DÉPRESSION

Humeur dépressive ou irritable **envahissante** et **durable** (tous les jours, presque toute la journée et pendant au moins 2 semaines, en rupture avec l'état antérieur) :

- ❖ Tristesse, abattement ou découragement envahissant, pleurs fréquents,
- ❖ et/ou angoisse envahissante et/ou majoration d'un trouble anxieux préexistant,
- ❖ et/ou se montre grincheux, revendicateur, coléreux, hostile, agressif, blâme les autres,
- ❖ est hyper-réactif à la frustration ou hypersensible au rejet. Se dit « à fleur de peau »,
- ❖ Et/ou perte de plaisir partielle ou totale (anhédonie), perte de motivation, d'intérêt dans les activités (sport, jeux) et les relations.

MANIFESTATIONS COGNITIVES INTERNALISÉES

Idées envahissantes de **dévalorisation**, d'impuissance, de désespoir, de **culpabilité**, d'indignité :

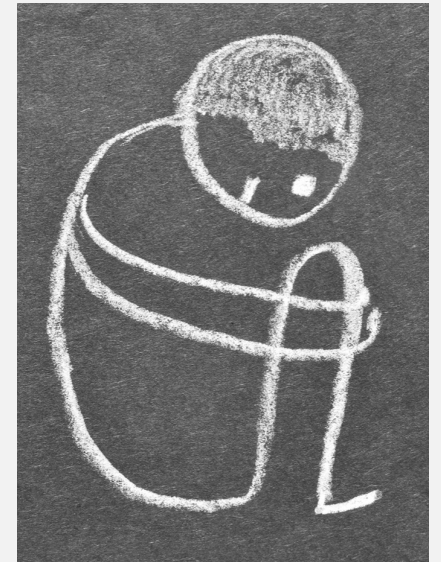
- ❖ Le sujet nie ses qualités, se dit « méchant » ou qu'il « mérite d'être puni »,
- ❖ Le sujet a le sentiment de ne pas être aimé et/ou d'être rejeté avec retrait ou quête d'affection inhabituelle et débordante,
- ❖ Indécision pathologique,
- ❖ Idées de mort / idées suicidaires récurrentes / voire projet suicidaire,
- ❖ Dismorphophobie envahissante et inappropriée,
- ❖ Si comorbidité psy : ± idées délirantes.



MANIFESTATIONS PSYCHOMOTRICES, PHYSIQUES ET INSTINCTUELLES

Ralentissement psychomoteur envahissant et durable :

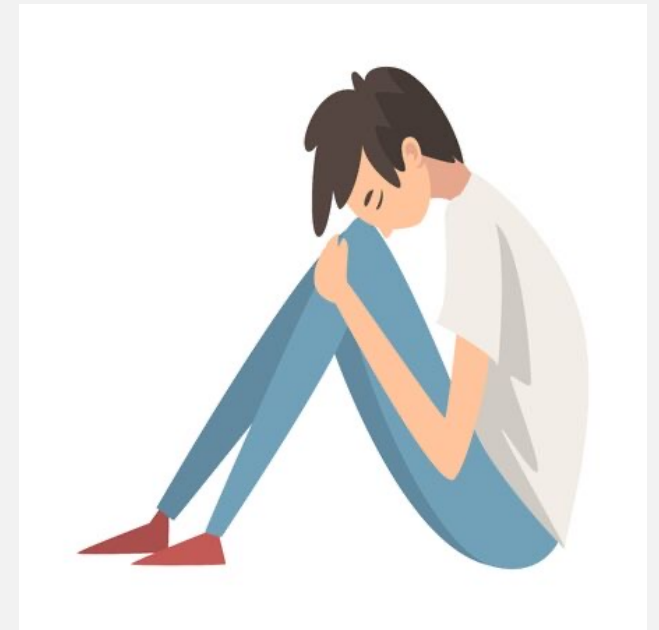
- ❖ baisse d'activité, apathie et/ou asthénie fluctuantes selon les activités, donnant une apparence de paresse sélective,
- ❖ troubles de la concentration, ralentissement de la pensée,
- ❖ et/ou agitation psychomotrice envahissante,
- ❖ plaintes somatiques : céphalées, douleurs de ventre, sensations de malaise.
- ❖ TCA (restriction ou hyperphagie / boulimie),
- ❖ Troubles du sommeil (endormissement tardif, réveil précoce, hypersomnie).



MANIFESTATIONS EXTERNALISÉES SUR L'ENVIRONNEMENT

Modifications tangibles du fonctionnement scolaire et relationnel :

- ❖ désinvestissement scolaire (chute des notes, décrochage scolaire) ;
- ❖ surinvestissement d'activités numériques,
- ❖ efforts coûteux pour effectuer diverses tâches,
- ❖ arrêt des activités de loisir,
- ❖ isolement (repli sur soi) et évitement des relations,
- ❖ conduites de rupture.



DÉPRESSION ADULTE / DÉPRESSION ADOLESCENT

Humeur dépressive

Diminution du plaisir

Variation pondérale

Troubles du sommeil

Agitation ou ralentissement

Dévalorisation ou culpabilité

Diminution de l'aptitude à penser

Pensées de mort

Irritabilité, ennui

Désintérêt pour loisirs, l'apparence

Anorexie, boulimie

Insomnie matinale/vespérale

Agressivité, violence, impulsivité, ruptures

Faible estime de soi, sentiment d'être mal
compris, rejeté

Fléchissement scolaire

Idées et menaces suicidaires

FORMES DU TROUBLE BIPOLAIRE À RECHERCHER

TYPE I



Alternance de **phases maniaques** et dépressives entrecoupées d'intervalles libres = forme typique.

TYPE II



Alternance de **phases dépressives** et hypomaniaques entrecoupées d'intervalles libres.

TYPE III



©Cherry for Life Science

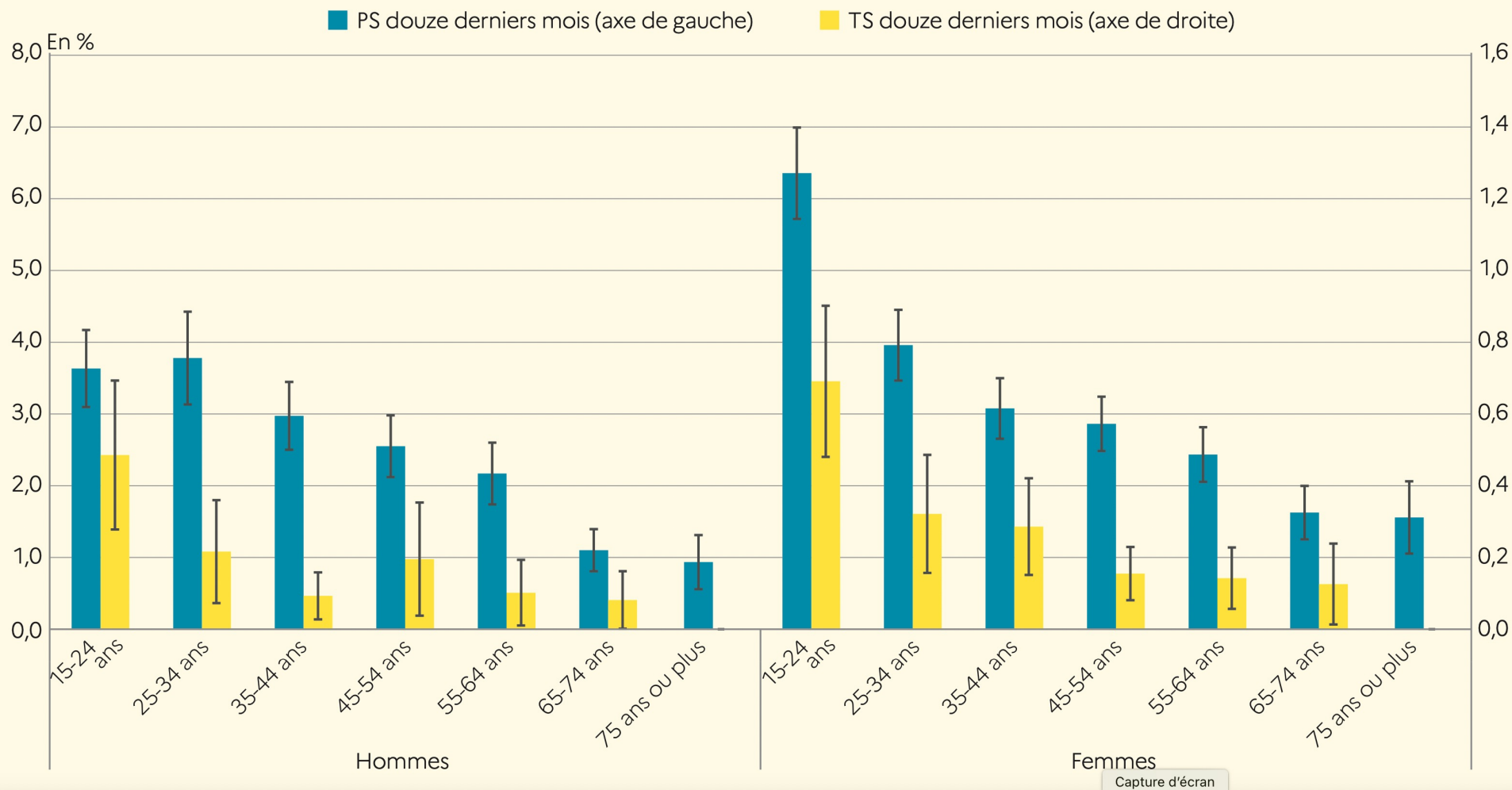
- Regroupe 2 sous types :
- sujets à épisodes **maniaques** ou hypomaniaques induits par des **traitements antidépresseurs** ;
 - sujets ne présentant que des épisodes **dépressifs** mais associés à des **ATCDS familiaux** de trouble bipolaire.

LE RISQUE SUICIDAIRE À L'ADOLESCENCE

- ❖ « *Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans* », après les accidents de la circulation, en France comme à l'international (OMS).
- ❖ En France, il représente 16 % des décès entre 15 et 24 ans.
- ❖ 2,9 % des jeunes de 17 ans – soit 250 000 jeunes – ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation (ESCAPAD, BEH 2019).
- ❖ Les taux de TS et les idées suicidaires chez les jeunes lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres (LGBT) sont plus élevés que dans la population générale.
- ❖ Antécédents de violences sexuelles chez les jeunes suicidants : 1 ♀ sur 3 et 1 ♂ sur 7.
- ❖ Le harcèlement ou le cyber-harcèlement est souvent évoqué.

ENQUÊTE EPICOV – DREES, OCTOBRE 2021

Prévalence des pensées suicidaires (PS) et de tentatives de suicide (TS) au cours des douze derniers mois, déclarées en novembre 2020, par âge et par sexe



UN SEX-RATIO DIFFÉRENT POUR SUICIDES ET TS

- ❖ **SUICIDES** : Trois suicidés sur quatre sont de sexe masculin.
- ❖ **TENTATIVES DE SUICIDE** : Les rescapés de TS sont des filles en proportion inverse.

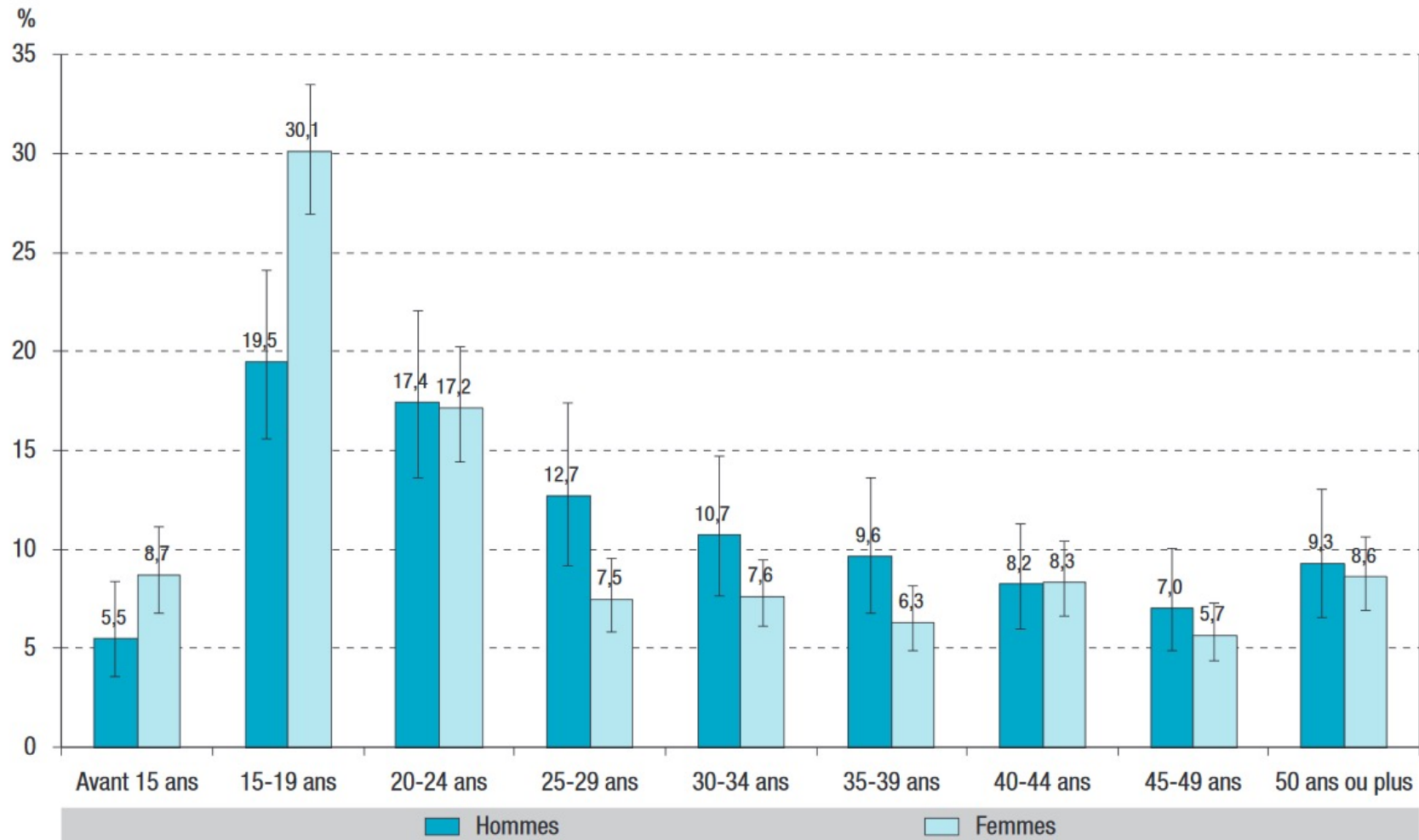
La **surmortalité masculine** s'explique notamment par le fait que les garçons de 15-24 ans, comme les hommes en général, utilisent plus souvent des moyens violents et radicaux (pendaison, usage d'une arme à feu).

Les TS féminines = 9 sur 10 par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV).

TS SELON LE SEXE ET L'ÂGE EN FRANCE (AVANT COVID-19)

Figure 3

Pourcentages de tentatives de suicide chez les 18-75 ans, selon le sexe et la classe d'âge lors de la tentative¹, France métropolitaine, 2017



¹ Il s'agit de l'âge lors de la tentative ou de la dernière tentative s'il y en a eu plusieurs.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

LA CRISE SUICIDAIRE : SPÉCIFICITÉS À L'ADOLESCENCE

❖ Ambivalence

- Sentiment partagé entre désir de vivre et de mourir.
- « Il faut que ça s'arrête » [*interruption provisoire ou définitive ?*]
- Désir de vivre « autrement ».

❖ Impulsivité

- Elle rend l'acte suicidaire possible « sur un coup de tête ».
- Ne jamais mettre l'ado au défi de passer à l'acte +++

❖ Besoin de maîtrise / de contrôle

- Présent +++ chez les ados suicidaires.
- Un propos comme « Je n'ai rien à faire dans ce monde pourri » est à traduire par :
« Je ne trouve pas ma place, ou ne me sent pas assez reconnu/respecté »

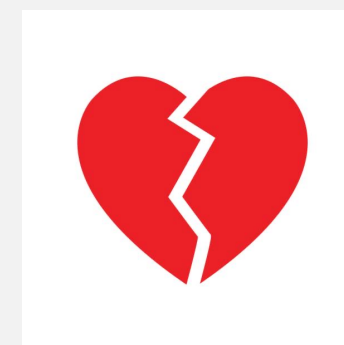
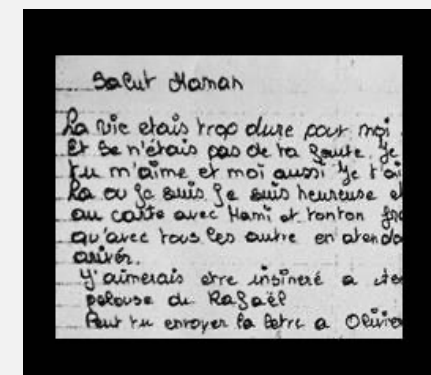
LA CRISE SUICIDAIRE : SPÉCIFICITÉS À L'ADOLESCENCE (SUITE)

L'urgence suicidaire = risque à court terme. Il ne doit jamais être sous-estimé. Ce risque nécessite l'appréciation du niveau de souffrance psychique, la nature des idées suicidaires, la recherche d'un scénario suicidaire, l'estimation du niveau d'intentionnalité suicidaire et la recherche de facteurs dissuasifs.

La vulnérabilité suicidaire = risque potentiel à moyen ou long terme. Liée aux facteurs de risque, tels que les antécédents personnels et familiaux, l'existence d'un trouble psychiatrique ou encore les difficultés récurrentes d'ordre familial, et l'absence ou la perte de facteurs de protection.

SIGNES SOUVENT ASSOCIÉS À LA CRISE SUICIDAIRE

- ❖ Communication directe ou indirecte d'une idéation suicidaire +++,
- ❖ Réactions impulsives chez ados à fleur de peau (« écorchés-vifs »)
- ❖ Désespoir, sentiment d'impasse, de perte du sens de la vie,
- ❖ Idées de culpabilité inappropriées,
- ❖ Retrait avec désinvestissement des liens, voire faux calme apparent,
- ❖ Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice,
- ❖ Colère, rage incontrôlée et labilité importante de l'humeur,
- ❖ Altération de la conscience de soi,
- ❖ Conduites de rupture,
- ❖ Sentiments de perte, d'abandon, et ruptures sentimentales,



LES RESSORTS DE LA CRISE SUICIDAIRE

- ❖ Volonté de **ROMPRE** avec la souffrance morale ressentie
aggravée par l'impulsivité
- ❖ Besoin de « **REPRENDRE LA MAIN** » sur le vécu douloureux
—> volonté de maîtrise
- ❖ Attente ± consciente d'un **CHANGEMENT D'ÉTAT**
—> remaniements affectifs espérés après une TS non fatale ?
—> volonté d'exister autrement ? ...en se débarrassant de cette
vie-là pour occuper à jamais la mémoire de ceux qui restent :
« Je voulais pas mourir, je voulais juste me tuer »

COMMENT SE DÉROULE LA CONSULTATION ? (HAS)

L'adolescent doit se percevoir comme un sujet capable de participer aux décisions quant à sa prise en charge. La consultation comprend quatre phases.

- ❖ Phase 1 : **l'adolescent est reçu en présence des parents**. La famille est impliquée afin qu'elle témoigne de son histoire, de la dynamique familiale et des comportements symptomatiques qu'elle a repérés.
- ❖ Phase 2 : **l'adolescent consulte seul**. Cette phase a pour but de lui donner la possibilité de se livrer sans témoins, de révéler sa souffrance et les détails de sa vie relationnelle et affective et de ses conduites à risques.
- ❖ Phase 3 : **l'examen somatique**. Il est réalisé sans la présence des parents, avec leur accord. Cet examen peut être reporté en cas de problématique d'emblée psychique.
- ❖ Phase 4 : **la restitution à l'adolescent et à sa famille**. Les éléments recueillis sont restitués avec tact. Puis, des objectifs thérapeutiques et une stratégie de soin sont définis de façon adaptée à l'âge développemental et aux circonstances.

CONDUITE À TENIR PAR RAPPORT À L'ENTOURAGE (HAS)

❖ Aborder clairement la question de la confidentialité :

ce que l'on **doit dire**, ce que l'on **peut dire**, ce que l'on **doit respecter** si jeune mineur / majeur...

En sachant que l'ado dépressif et suicidaire veut être reconnu dans sa souffrance

❖ Fournir à l'adolescent des informations précises concernant le diagnostic et la conduite à tenir.

❖ Discuter avec lui / elle des informations à transmettre et d'obtenir son accord.

❖ Signifier que les parents doivent être informés des éléments indispensables à leur prise de décision (traitement, risque suicidaire, modalités d'hospitalisation, etc.) ;

❖ Chercher à associer la famille de manière adaptée à l'âge de l'adolescent et à la dynamique relationnelle intrafamiliale.

ÉCHELLE HAD : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

- | | |
|---|---|
| <p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 | <p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3 |
| <p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 | <p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0 |
| <p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0 | <p>11. J'ai la boueotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0 |
| <p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 | <p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3 |
| <p>5. Je me fais du souci</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 | <p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0 |
| <p>6. Je suis de bonne humeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 | <p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3 |
| <p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 | |
| <p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0 | |

ÉCHELLE DE DÉPRESSION : MADRS

L'échelle Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) est employée pour **évaluer la sévérité de la dépression**.

Elle est également utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement.

L'échelle comporte 10 items cotés chacun de 0 à 6 :

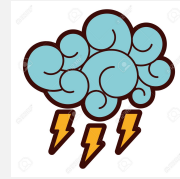
- ❖ tristesse apparente et tristesse exprimée,
- ❖ tension intérieure,
- ❖ réduction du sommeil et de l'appétit,
- ❖ difficultés de concentration,
- ❖ lassitude,
- ❖ incapacité à ressentir,
- ❖ pensées pessimistes,
- ❖ idées de suicide.

SCORE > 30 = dépression sévère

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ (EDC)



EDC d'intensité légère ou modérée



EDC complexe
dépression persistante
Comorbidités
difficultés familiales



EDC d'intensité sévère



Entretien de soutien



Ambulatoire simple



Consult spécialisée
HAD
HDJ

Ambulatoire spécifique



HDJ
HC

Évaluation à 4 semaines

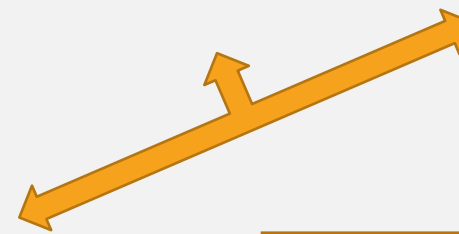
Rémission

Rémission partielle

Résistance ou aggravation



Suivi à approfondir



Suivi à poursuivre

+ Alliance thérapeutique avec la famille

PRESCRIPTIONS MÉDICAMENTEUSES

❖ QUE PENSER DE L'USAGE DES ANTIDÉPRESSEURS CHEZ L'ADOLESCENT ?

Les études ont montré que les antidépresseurs (AD) peuvent augmenter le risque suicidaire ou l'hostilité (colère, agressivité).

L'HAS recommande que le traitement psychothérapeutique mis en place peut s'accompagner d'un traitement AD si la dépression est sévère et durable.

L'usage de la *fluoxétine* est recommandée en association avec une thérapie relationnelle.

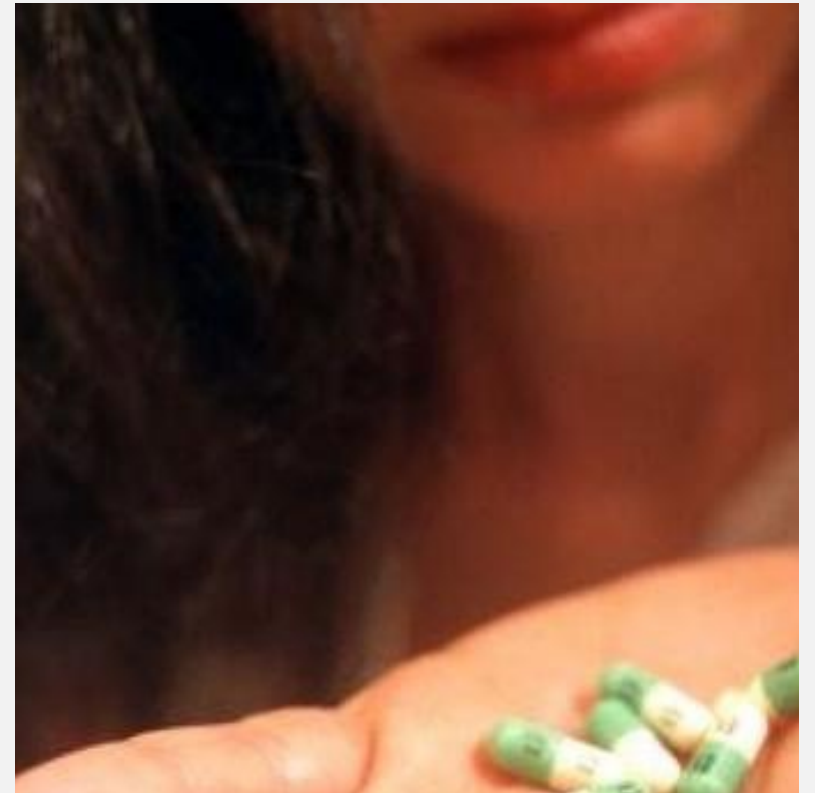
Le traitement AD doit être prescrit par un (pédo)psychiatre et l'adolescent doit être étroitement surveillé par ses proches et son MG pendant les premières semaines de traitement (dépistage des effets indésirables : insomnie, anxiété, irritabilité, agitation, idées suicidaires).

❖ QUE PENSER DE L'USAGE DES ANXIOLYTIQUES ?

Si le traitement anxiolytique ou hypnotique est nécessaire, il doit être de courte durée et accompagné par des mesures hygiéno-diététiques et une psychothérapie.

❖ QUE PENSER DES SITUATIONS GRAVES ET D'URGENCE ?

D'autres psychotropes sont plus adaptés pour traiter : une insomnie importante associée ; une attaque de panique associée ; des symptômes psychotiques sévères associés ; une agitation anxieuse.



Intérêt d'un hôpital de jour pour adolescents

- ❖ Alternative à l'HTC, mieux acceptée, coût moindre.
- ❖ Évite ou retarde une hospitalisation, la prépare si besoin, ou fournit une transition à la sortie de l'HTC.
- ❖ Propose des **entretiens individuels** et des **ateliers de médiation groupale** favorisant le travail métaphorique pour :
 - s'ouvrir à la gestion des émotions vs les sensations,
 - travailler l'évolution de l'estime de soi,
 - approfondir les notions de perte / manque / vide / idées noires,
 - identifier des issues favorables et les mettre en projets de vie,
 - faire évoluer les capacités à s'intégrer dans un groupe.
- ❖ Concilie soins et poursuite de l'activité scolaire ou professionnelle.
- ❖ Maintient les contacts sociaux souvent mis à mal.
- ❖ Associe les parents à la prise en charge (groupe de parents, rencontres).



HOSPITALISATION À TEMPS COMPLET (HTC)

Il est recommandé d'envisager une hospitalisation soit d'emblée, soit au cours de l'évolution, lorsqu'il existe :

- ❖ un risque important de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif ;
- ❖ une forme sévère, notamment avec symptômes psychotiques
ou avec un retentissement fonctionnel et/ou somatique important ;
- ❖ l'impossibilité de mettre en place un suivi ambulatoire suffisamment structuré et soutenant ;
- ❖ un contexte socio-familial défavorable, notamment :
 - environnement délétère (maltraitance, abus sexuel) dont il convient de protéger le patient,
 - dégradation des relations secondaire au trouble dépressif justifiant un temps de retrait pour amorcer les soins,
 - lorsque le cadre de vie ne permet pas un accompagnement suffisant pour les soins.



RÉFÉRENCES

https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974537/fr/depression-de-l-adolescent-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-initiale

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure-Supports.pdf>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours

https://www.researchgate.net/publication/6580195_The_Adolescent_Depression_Rating_Scale_ADRS_A_validation_study