

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Manifestations dépressives à l'adolescence

1. Repérage, diagnostic et stratégie en soins de premier recours

Novembre 2014

SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT

Caractéristiques psychologiques de l'adolescent

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.

Il s'agit de la classe d'âge qui a le moins recours aux soins lors de difficultés psychiques.

→ *Caractéristiques psychologiques de l'adolescent*

Caractéristiques psychologiques de l'adolescent

AE	Il est recommandé de garder une approche empathique, soutenante et collaborative centrée sur l'adolescent. 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 au seul point de vue de sa symptomatologie.
AE	<p>Il est recommandé, lors de toute consultation d'un adolescent, de distinguer quatre phases à adapter en fonction de la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>phase 1 : adolescent en présence des parents ;</i> Il est recommandé d'impliquer la famille pour explorer les comportements symptomatiques qu'elle a repérés, l'histoire du sujet et la dynamique familiale. ■ <i>phase 2 : adolescent seul ;</i> 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. ■ <i>phase 3 : examen somatique ;</i> Il est recommandé de réaliser l'examen somatique 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 d'emblée psychique. ■ <i>phase 4 : restitution à l'adolescent et à sa famille ;</i> 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 adaptée à l'âge développemental et aux circonstances. La stratégie peut se limiter dans un premier temps à poursuivre l'éclaircissement de la problématique et à construire l'alliance thérapeutique.

Contexte et entourage de l'adolescent

Les symptômes doivent être mis dans le contexte actuel (synchronique) et historique du sujet (diachronique) pour être mieux appréhendés.

L'évaluation des symptômes et le choix de la prise en charge doivent notamment tenir compte :

- du contexte familial, scolaire, culturel, social (recueillir parfois le point de vue de personnes intervenant auprès de l'adolescent : travailleur social, acteurs scolaires, etc.) ;
- des particularités développementales du patient et de son fonctionnement (cognitif, affectif, relationnel, scolaire) ;
- de la qualité de la relation thérapeutique.

AE

Concernant la place de l'entourage, il est recommandé :

- d'aborder clairement la question de la confidentialité, de définir la place de la famille, et de prévenir l'adolescent si un autre intervenant doit être contacté ;
- de discuter avec l'adolescent du contenu et des destinataires des informations à transmettre et d'obtenir son accord ; les parents doivent être informés des éléments indispensables à leur prise de décision (par ex. risque suicidaire) ;
- d'associer la famille de manière adaptée à l'âge développemental de l'adolescent et à la dynamique relationnelle intrafamiliale, et de contacter si nécessaire les autres adultes concernés.

REPÉRAGE

Facteurs de risque et protecteurs

Facteurs de risque

AE

Il est recommandé d'être attentif aux facteurs de risque individuels et environnementaux de la dépression et du suicide.

Ces facteurs de risque ne sont spécifiques ni à la dépression ni au suicide, et la majorité des suicides ou tentatives de suicide ne sont pas secondaires à une dépression caractérisée.

→ Facteurs de risque individuels et environnementaux de la dépression et du suicide

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'étayer sur des adultes ressources.

Facteurs protecteurs

Il existe des facteurs protecteurs de la dépression, tels que :

- une bonne estime de soi ;
- des styles cognitifs positifs (confiance dans ses capacités d'adaptation, optimisme, activités créatives, perception des situations comme résolubles, etc.) ;
- la qualité du soutien familial ;
- la capacité à utiliser le soutien amical et les adultes ressources ;
- la pratique sportive récréative.

Signes de dépression ou de risque suicidaire

Signes évocateurs de dépression

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.

Ainsi, la dépression caractérisée passe souvent inaperçue à l'adolescence du fait :

- d'une confusion entre l'épisode dépressif caractérisé (EDC) et la crise d'adolescence normale avec sa part de « dépressivité » et de conduites agies ;
- d'une expression symptomatique souvent trompeuse ;
- de l'irritabilité et de l'agitation qui favorisent des contre-attitudes hostiles plutôt qu'empathiques ;
- du caractère fluctuant des symptômes ;
- de la réactivité de l'humeur ;
- de la persistance de certains domaines fonctionnels (activité ou relation).

AE

Il est recommandé de rechercher des manifestations dépressives en questionnant l'adolescent et en l'aidant à exprimer ses ressentis.

AE

Il est recommandé de rechercher un EDC sous-jacent et de prévoir avec l'adolescent une prochaine consultation dont le délai sera adapté à la gravité des symptômes.

→ Manifestations dépressives dans le contexte de l'adolescence ou d'un syndrome dépressif à l'adolescence

Signes d'alerte suicidaire

AE	Il est recommandé de rechercher les signes d'alerte suicidaire qui se distinguent parmi les facteurs de risque de dépression et de suicide (cf. tableau ci-dessous).
-----------	--

Tableau. Signes d'alerte suicidaire

Signes de crise suicidaire	Intentionnalité suicidaire <ul style="list-style-type: none">● Antécédent suicidaire personnel ou dans l'entourage*● Communication directe ou indirecte d'une idéation suicidaire** Autre signe transnosographique de crise suicidaire <ul style="list-style-type: none">● Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi.● Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société) voire syndrome présuicidaire de Ringel (calme apparent et retrait masquant le repli dans le fantasme suicidaire).● Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice présuicidaire, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars.● Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée (non calculée) et labilité importante de l'humeur.● Altération de la conscience de soi.
Pathologie psychiatrique actuelle	<ul style="list-style-type: none">● Dépression caractérisée.● Conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives.● Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée.
Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation	<ul style="list-style-type: none">● Problèmes sentimentaux (séparation).● Situations d'exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale).● Situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou passée et en particulier abus sexuels.

* Certains facteurs signent la gravité de la tentative de suicide : préméditation, dissimulation du geste, absence de facteur déclenchant explicatif, moyen ou scénario à fort potentiel létal, moyen toujours à disposition. ** Il existe un degré de gravité croissant entre les idées de mort, l'idéation suicidaire, l'intention suicidaire et la préparation du geste suicidaire.

Outils d'aide au repérage et à l'évaluation

AE	Les outils suivants peuvent être utiles pour aider au repérage individuel ou soutenir la relation thérapeutique : <ul style="list-style-type: none">■ le questionnaire ADRS, test le mieux validé pour aider à la détection d'un EDC ;■ le questionnaire TSTS-CAFARD, test le mieux validé pour approcher la problématique suicidaire (idée ou acte).
-----------	--

DIAGNOSTIC ET STRATÉGIE DE SOINS

Diagnostic

Confirmation diagnostique

Le diagnostic d'un EDC est clinique et repose sur l'association de :

- symptômes : troubles de l'humeur, du cours de la pensée, troubles physiques et instinctuels, cognitions négatives et idéations suicidaires ;
- une souffrance cliniquement significative ;
- un retentissement sur le fonctionnement.

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). Le diagnostic d'EDC est défini par la CIM-10 et le DSM-5.

Diagnostic différentiel

AE	Il est recommandé de distinguer la « dépressivité » normale qui ne remplit pas les critères d'un épisode dépressif caractérisé. Cependant, le risque de développer un EDC est augmenté si les facteurs d'adversité s'accumulent.
-----------	--

Objectifs de soins

AE	La dépression de l'adolescent est souvent en rapport avec une perte de liens. Il est recommandé d'aider l'adolescent à : <ul style="list-style-type: none">■ donner du sens à ses symptômes ;■ restaurer les liens avec ses proches et son environnement ;■ s'intégrer, si nécessaire, dans un parcours de soins avec les autres professionnels de santé. Le temps passé à l'établissement de ces liens est constitutif des soins.
-----------	--

Orientation vers un (pédo)psychiatre

AE	<p>L'orientation de l'adolescent vers un (pédo)psychiatre est recommandée en présence d'au moins un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un diagnostic clair de gravité ou de complexité ; ■ des difficultés du professionnel à comprendre ou à prendre en charge ; ■ une demande formulée par le patient ou son entourage de voir un (pédo)psychiatre.
AE	<p>Il est recommandé que la collaboration, et la transition, entre médecin de premier recours et (pédo)psychiatre soit bien coordonnée.</p>

Décision d'hospitalisation

AE	<p>Il est recommandé d'envisager une hospitalisation soit d'emblée, soit au cours de l'évolution, lorsqu'il existe :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un risque important de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif ; ■ une forme sévère, notamment avec symptômes psychotiques ou un retentissement fonctionnel et/ou somatique important ; ■ l'impossibilité de mettre en place un suivi ambulatoire suffisamment structuré et soutenant ; ■ un contexte sociofamilial défavorable, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ● en cas d'environnement délétère (maltraitance, abus sexuel) dont il convient de protéger le patient, ● en cas de dégradation des relations secondaire au trouble dépressif justifiant un temps de retrait pour amorcer les soins, ● lorsque le cadre de vie de l'adolescent ne permet pas un accompagnement suffisant pour les soins.
AE	<p>Si une hospitalisation est envisagée en dehors de l'urgence, une évaluation préalable par un (pédo)psychiatre est recommandée avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une définition des objectifs et une explication des conditions (règles du service, durée probable, présentation de l'équipe, visite du service, etc.) ; ■ une préparation à la séparation entre l'adolescent et sa famille.
AE	<p>Il est recommandé que le médecin de premier recours reste impliqué pendant et après cette hospitalisation (courriers, échanges téléphoniques, etc.).</p>
AE	<p>Il est recommandé que cette hospitalisation se situe dans un lieu adapté, avec la présence d'un (pédo)psychiatre, et où les professionnels sont formés et habitués à recevoir ce type de population. Selon l'histoire et les possibilités locales, cela pourra être un service de pédiatrie, de médecine, de psychiatrie adulte ou de psychiatrie infanto-juvénile.</p>

Cas du refus de soins

AE	<p>En cas de refus de soins ou d'interruption prématurée des soins par le patient, il est recommandé de qualifier le refus dans le dossier du patient.</p>
AE	<p>Face à un refus de soins émanant des détenteurs de l'autorité parentale, le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. Les soins, notamment l'hospitalisation, peuvent être imposés aux détenteurs de l'autorité parentale, par une ordonnance de placement provisoire (CC art. 375.9), sur décision judiciaire, après avis circonstancié d'un médecin, pour une durée maximale de 15 jours.</p>

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie	C	Faible niveau de preuve
B	Présomption scientifique	AE	Accord d'experts



Ce document présente les points essentiels de la recommandation de bonne pratique

« Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours »

Méthode : RPC – Date de validation par le Collège : novembre 2014.

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr