



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations de bonne pratique

Dépression de l'adolescent : repérage, diagnostic et prise en charge initiale

Note de cadrage

Juillet 2011

Emmanuel Nouyrigat

Chef de projet

Service des bonnes pratiques professionnelles

Sommaire

| | | |
|----------|--|----------|
| 1 | Présentation du thème..... | 3 |
| 1.1 | Saisine..... | 3 |
| 1.2 | Contexte du thème..... | 3 |
| 1.3 | Enjeux..... | 4 |
| 2 | Cadrage du thème de travail et des questions à traiter..... | 4 |
| 2.1 | Données disponibles (état des lieux documentaire)..... | 4 |
| 2.2 | Synthèse de l'avis des professionnels, des patients et des usagers..... | 4 |
| 2.3 | Délimitation du thème..... | 6 |
| 2.4 | Patients concernés par le thème..... | 6 |
| 2.5 | Professionnels concernés par le thème..... | 6 |
| 3 | Modalités de réalisation..... | 6 |
| 3.1 | Modalités de mise en œuvre..... | 6 |
| 3.2 | Méthode de travail envisagée..... | 7 |
| 3.3 | Composition qualitative et quantitative des groupes..... | 7 |
| 3.4 | Productions prévues, outils d'implémentation et mesure d'impact envisagés..... | 7 |
| 3.5 | Communication et diffusion..... | 7 |
| 3.6 | Calendrier prévisionnel..... | 8 |

1 Présentation du thème

1.1 Saisine

La Direction générale de la santé (DGS) a demandé l'inscription au programme de la Haute Autorité de Santé (HAS) de l'élaboration de Recommandations de bonne pratique (RBP) sur le thème : « Place du médecin généraliste dans le diagnostic et la prise en charge des troubles dépressifs de l'adolescent ».

Cette demande a été faite en complément du plan « Santé des jeunes » visant notamment à mieux répondre à la souffrance psychique et au risque de la crise suicidaire chez les jeunes les plus vulnérables.

1.2 Contexte du thème

► Epidémiologie

Les troubles dépressifs peuvent apparaître à l'adolescence, période de plus grande vulnérabilité et de mal-être, et se traduire par une grande souffrance psychique. La prévalence de la dépression chez le jeune de 15-24 ans est de 8,5 % (sur 1 an) en France (1). L'épisode dépressif caractérisé est défini selon les critères diagnostiques des classifications internationales (Classification internationale des maladies 10^e édition ou CIM-10, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^e édition texte révisé ou DSM-IV-TR) et nationale (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ou CFTMEA R-2000). La dépression a un impact sur la vie quotidienne des adolescents et peut s'exprimer par une irritabilité, un désinvestissement scolaire, des plaintes somatiques ou de l'agressivité.

Les idées suicidaires font souvent partie des symptômes de la dépression chez l'adolescent. Ainsi, la dépression chez l'adolescent est associée à un risque suicidaire et la répétition des tentatives de suicide se produit dans un tiers des cas. Le suicide est la deuxième cause de mortalité en France chez le jeune de 15-24 ans, soit environ 600 décès par an et un taux de décès de 6,7 pour 100 000 (2), ces chiffres étant très certainement sous-estimés de 20 %.

► Etat des lieux sur les pratiques et l'organisation de la prise en charge

Une majorité des adolescents consultent un médecin dans l'année, le plus souvent leur médecin généraliste, mais celui-ci ne détecte pas toujours la souffrance psychique de l'adolescent qui est souvent masquée derrière un élément somatique. Il existe depuis peu en France un outil de repérage des symptômes dépressifs et de mesure de l'intensité dépressive spécifique de l'adolescent, l'*Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS), qui pourrait aider le médecin à repérer plus précocement les adolescents souffrant d'une dépression.

Lorsque le repérage et le diagnostic sont effectués, se pose au médecin la question de la prise en charge thérapeutique de la dépression de l'adolescent. Celle-ci peut faire appel aux psychothérapies, voire à un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine.

L'utilisation des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine a suscité des interrogations quant à l'augmentation du risque suicidaire qu'ils pourraient induire chez l'adolescent.

Il n'est pas toujours aisé pour le médecin généraliste de savoir à partir de quels critères orienter l'adolescent vers des soins spécialisés, et vers quelle structure.

Enfin, après le traitement d'urgence de la crise suicidaire, il est important de maintenir un suivi et une continuité des soins pour l'adolescent, eu égard au risque élevé de récurrence de suicide.

1.3 Enjeux

Le plan « Santé des jeunes » préconise le repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire chez l'adolescent. Aussi, des formations à destination des médecins de soins primaires ont été mises en œuvre à cet égard depuis quelques années.

Les recommandations existantes sur la dépression ne concernent que l'adulte et l'enfant. D'autre part, les recommandations existantes sur la crise suicidaire chez l'adolescent pourraient être révisées en fonction de l'évolution du recours aux soins.

Il est par conséquent nécessaire d'aider les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, à :

- repérer la souffrance psychique de l'adolescent ;
- diagnostiquer et évaluer l'intensité de l'épisode dépressif caractérisé ;
- instaurer un traitement adapté à l'intensité de la dépression et orienter l'adolescent vers des soins spécialisés si nécessaire ;
- repérer le risque suicidaire et prévenir la crise suicidaire.

Les enjeux de ces recommandations sont donc de mieux prendre en charge la souffrance psychique et la dépression de l'adolescent, et de diminuer la mortalité qui en découle.

2 Cadrage du thème de travail et des questions à traiter

2.1 Données disponibles (état des lieux documentaire)

Une recherche documentaire ciblée sur les publications de recommandations, méta-analyses ou revues systématiques depuis 1990 a permis de trouver, entre autres, les 25 documents suivants :

- 3 recommandations françaises (3-5) ;
- 7 recommandations internationales (6-12) ;
- 11 méta analyses, revues systématiques ou autres publications internationales (13-23) ;
- 4 autres publications françaises (24-27).

2.2 Synthèse de l'avis des professionnels, des patients et des usagers

► Parties prenantes consultées

Un entretien téléphonique a eu lieu en novembre 2010 avec le Dr Maryse Simonet, du Bureau Santé mentale de la Direction générale de la santé.

Une réunion de cadrage s'est ensuite tenue en janvier 2011, regroupant des représentants des organismes, sociétés savantes, associations et institutions suivantes :

- DGS : Mme Maryse Simonet ;
- Fédération française de psychiatrie (FFP) : Pr Gérard Schmit et Dr François Bridier ;
- Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API) : Dr Roger Teboul ;

- Société française pour la santé de l'adolescent : Dr Sophie Lemerle ;
- Collège de médecine générale : Dr Gérard Ducos ;
- Association française de pédiatrie ambulatoire : Dr Yves Renondeau ;
- Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam) : Mr Jean Canneva.

Un organisme institutionnel, une association de professionnels ainsi qu'une association de patients ont accepté de participer au projet mais n'ont pu assister à la réunion de cadrage :

- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ;
- Association française de promotion de la santé scolaire et universitaire (AFPSSU) ;
- Association France dépression.

Le Dr François Bridier, pédopsychiatre, était invité à participer à la réunion de cadrage en tant qu'expert pressenti pour la présidence du groupe de travail.

► **Préoccupations des professionnels, des patients et des usagers**

Les professionnels ont insisté sur la nécessité de reconnaître la dépressivité adolescente et l'intérêt potentiel du repérage précoce de la dépression. Une action de formation au repérage de la souffrance psychique est en cours, réunissant la Fédération française de psychiatrie et la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO).

La dépression se cache derrière des plaintes somatiques ; l'adolescent qui souffre n'exprime pas de demande de soins. C'est pourquoi 2 ou 3 entretiens avec un adolescent qui a l'air dépressif pourraient permettre au professionnel de santé de détecter des signes de souffrance psychique, notamment les médecins généralistes qui voient la plupart des adolescents.

Néanmoins, le médecin de soins primaires ne sait pas toujours que faire de l'adolescent une fois l'épisode dépressif caractérisé repéré, ou ne sait pas exactement jusqu'à quel niveau de sévérité de l'épisode dépressif caractérisé il doit prendre en charge l'adolescent.

Les ruptures familiales itératives peuvent entraîner des troubles du comportement. Elles devraient être dépistées dans les services d'urgences, de même que le mal-être de l'adolescent déguisé en accident, violence ou somatisation.

Il existe des comorbidités somatiques et psychiatriques chez l'adolescent déprimé. De plus, l'usage de substances addictives (tabac, cannabis, alcool) est fréquent.

Les médecins de soins primaires, les médecins généralistes et les pédiatres, ne sont pas suffisamment en relation avec les psychiatres et les réseaux de soins, ce qui ne favorise pas la continuité des soins.

Les aidants/parents sont trop isolés face à la souffrance de l'adolescent, et ont besoin de soutien et d'accompagnement.

Du point de vue de la thérapie, la prescription de psychotropes ne peut à elle seule apporter la solution. Il existe notamment une prescription inadéquate d'anxiolytiques. Il est nécessaire d'aborder l'intérêt des consultations thérapeutiques et des psychothérapies.

Il existe peu de structures spécifiquement dédiées à la prise en charge hospitalière des adolescents entrant dans l'âge adulte (16-18 ans), celle-ci se faisant alors souvent dans les services de pédiatrie.

Enfin, une question capitale pour les parents est la prévention du suicide de leur enfant.

2.3 Délimitation du thème

► Objectifs des recommandations

Les objectifs principaux de cette RBP :

- repérer plus précocement la dépression de l'adolescent ;
- améliorer l'accompagnement du patient et de son entourage ;
- améliorer la prise en charge et l'orientation initiale des patients ;
- prévenir la crise suicidaire.

► Questions retenues

Les questions auxquelles il est prévu de répondre dans cette RBP portent sur les aspects suivants :

Repérage et diagnostic

- Y a-t-il des facteurs de risque de dépression chez les adolescents ?
- Quels sont les signes de souffrance psychique ou pouvant faire suspecter une dépression ? Comment amener l'adolescent qui dissimule sa souffrance psychique à la révéler ? Et au-delà, comment établir le diagnostic de dépression ? Quels sont les outils de repérage et d'évaluation des symptômes dépressifs ?
- Quels sont les signes faisant craindre une tentative de suicide ?

Modalités de prise en charge et orientation initiale des patients

- Quel est le traitement ambulatoire de l'adolescent souffrant d'un épisode dépressif caractérisé ? Dans quelles circonstances prescrit-on une psychothérapie, et quelle psychothérapie ? Dans quelles circonstances prescrit-on un médicament antidépresseur, et quel antidépresseur ? Peut-on prescrire un traitement anxiolytique ?
- Comment accompagner les familles et avec quel soutien ? Quelle implication leur donner dans le suivi ?
- Quels sont les critères de gravité ?
- Que faire lorsque l'adolescent a un risque suicidaire ?
- Quand adresser le patient à un spécialiste ?
- Quand hospitaliser le patient et quelles sont les indications d'hospitalisation ?
- Comment assurer la continuité de la prise en charge ?

2.4 Patients concernés par le thème

Adolescents (de 12 à 18 ans) souffrant d'une dépression (épisode dépressif caractérisé ou trouble unipolaire).

2.5 Professionnels concernés par le thème

Médecins généralistes, médecins et infirmiers scolaires, pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, addictologues, urgentistes, gynécologues, enseignants, éducateurs, assistantes sociales scolaires.

3 Modalités de réalisation

3.1 Modalités de mise en œuvre

La HAS est promoteur de ce projet.

3.2 Méthode de travail envisagée

La méthode proposée est la méthode *Recommandations pour la pratique clinique*.

3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes

► Groupe de travail

- Président : Dr François Bridier, pédopsychiatre, Cadillac
- chargé(s) de projet : 1 pédopsychiatre à déterminer
- chef de projet HAS : Emmanuel Nouyrigat

- 4 médecins généralistes
- 1 psychiatre
- 2 pédopsychiatres
- 1 psychologue
- 2 pédiatres
- 1 urgentiste
- 1 gynécologue
- 1 addictologue
- 1 médecin scolaire
- 1 infirmière scolaire
- 1 enseignant
- 1 sociologue
- 2 représentants de patients ou de familles de patients

► Groupe de lecture

Le groupe de lecture reprendra la composition du groupe de travail mais avec un nombre plus élevé de représentants (environ 3 fois plus) par spécialité ou par profession et en veillant à un minimum de représentation de l'ensemble du territoire national.

Il comprendra également des pharmaciens et des éducateurs.

3.4 Productions prévues, outils d'implémentation et mesure d'impact envisagés

► Productions prévues

- Argumentaire scientifique
- Recommandations
- Synthèse des recommandations (4 pages)

► Outils d'implémentation

- Fiche d'information des parents

3.5 Communication et diffusion

Les documents seront mis en ligne sur le site de la HAS. Une édition des recommandations, de la synthèse ou de la fiche d'information des parents sera éventuellement envisagée ultérieurement.

3.6 Calendrier prévisionnel

- Réunion de cadrage : 28 janvier 2011
- Avis du Comité de validation des recommandations de la HAS : 19 avril et 21 juin 2011
- Avis du Collège de la HAS : juillet 2011
- Revue de la littérature : septembre-décembre 2011
- Réunions du groupe de travail : décembre 2011-mars 2012
- Phase de lecture : avril 2012
- Rédaction finale des recommandations : mai-juillet 2012
- Validation par les instances de la HAS : juillet-septembre 2012
- Diffusion : octobre 2012

Bibliographie

1. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis: INPES; 2007.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/888.pdf>
2. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jouglu E. La mortalité par suicide en France en 2006. Etudes et Résultats 2009;(702).
3. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Mise au point. Actualisation. Saint-Denis: AFSSAPS; 2008.
<http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Traitements-par-antidépresseurs/Traitement-par-antidépresseurs/%28offset%29/0>
4. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depi_stages_individuels_7-18_ans_-_argumentaire.pdf
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations professionnelles. Paris: ANAES; 1998.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicideVF.pdf>
6. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pediatrics 2009;123(4):1223-8.
7. New Zealand Guidelines Group. Identification of common mental disorders and management of depression in primary care. An evidence-based best practice guideline. Wellington: Ministry of Health; 2008.
http://www.nzgg.org.nz/library_resources/13_depression_guideline
8. British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. J Psychopharmacol 2008;22(4):343-96.
9. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007;46(11):1503-26.
10. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. Pediatrics 2007;120(5):e1299-e1312.
11. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein REK. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. Pediatrics 2007;120(5):e1313-e1326.
12. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. Clinical guideline 28. London: NICE; 2005.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG028NICEguideline.pdf>
13. National Health Service. Assessment and management of depression in primary care. Map of medicine 2011.
<<http://directaccess.mapofmedicine.com/evidence/map-open/index.html>> [consulté en

[04/2011\].](#)

14. World Health Organization, Mental Health Gap Action Programme. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: WHO; 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

15. Hetrick SE, Merry SN, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;Issue 3:CD004851.

16. Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Henry DA. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002;Issue 2:CD002317.

17. Hetrick SE, McKenzie JE, Merry SN. The use of SSRIs in children and adolescents. Curr Opin Psychiatry 2010;23(1):53-7.

18. Tsapakis EM, Soldani F, Tondo L, Baldessarini RJ. Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. Br J Psychiatry 2008;193(1):10-7.

19. Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. BMJ 2010;340:c209.

20. Dubicka B, Elvins R, Roberts C, Chick G, Wilkinson P, Goodyer IM. Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. Br J Psychiatry 2010;197(6):433-40.

21. Hazell P. Depression in children and adolescents. Clin Evid 2009;2009(1):1008.

22. Tarrrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior. A systematic review and meta-analysis. Behav Modif 2008;32(1):77-108.

23. Watanabe N, Hunot V, Omori IM, Churchill R, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2007;116(2):84-95.

24. Versini D. Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge. La défenseure des enfants. Rapport thématique 2007. Paris: La Documentation française; 2007. <http://www.defenseurdesenfants.fr/rapports.php>

25. Fédération française de psychiatrie, Ministère de la santé et des solidarités. Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.

26. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. BMC Psychiatry 2007;7:2.

27. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Psychothérapie. Trois approches évaluées. Paris: INSERM; 2004. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>