



DR

Conseiller scientifique

Dr Xavier Pommereau
Centre Abadie,
CHU de Bordeaux

Dépression de l'adolescent

Toute rupture dans le parcours est un contresens



000. Entre ignorance dommageable et étiquetage trop hâtif

Dr Xavier Pommereau

Alerte sur l'augmentation des tentatives de suicides des filles de 15 ans en France

Dr Philippe Binder, Dr Anne-Laure Heintz, Coralie Servant, Pr Pierre Ingrand



000. Première évaluation diagnostique et engagement dans le soin

Dr Jordan Sibeoni, Pr Marie-Rose Moro

000. Prévention du risque suicidaire : 25 années de repérage en milieu scolaire

Entretien avec le Pr Daniel Marcelli



000. Comprendre l'adolescent suicidaire et le reconnaître à temps

Dr Xavier Pommereau



000. Le diagnostic relève déjà de l'interdisciplinarité

Dr Michel Hofmann, Pr Maurice Corcos



000. Prendre le temps de rencontrer l'adolescent : fondement du continuum thérapeutique

Dr Guillemette Balsan, Pr Maurice Corcos



000. « Du lien sinon rien »

Entretien avec le Pr Philippe Duverger

Entre ignorance dommageable et étiquetage

Après avoir longtemps été niée ou banalisée sur l'air de la déprime « normale » à ce moment de la vie, la dépression de l'adolescent est devenue un vrai thème de préoccupation. S'il faut se féliciter que soit enfin reconnue l'adolescence en mal-être, force est de constater qu'un certain flou persiste encore autour de la notion d'épisode dépressif majeur (EDM) à l'adolescence, dont l'existence réclame pourtant dépistage précoce, évaluation approfondie et traitement approprié.

Dr Xavier Pommereau

(xavier.pommereau@chu-bordeaux.fr)
Centre Abadie,
CHU de Bordeaux

De l'ignorance dommageable d'hier à la tentation excessive d'un étiquetage trop hâtif aujourd'hui, gardons-nous des extrêmes pour ne pas nous livrer aux simplifications abusives et aux diagnostics à l'emporte-pièce qui s'affranchiraient du caractère plurifactoriel, évolutif et complexe de cette symptomatologie, à un âge où le rapport à soi et à l'autre est particulièrement tendu. C'est l'objectif de ce dossier que de faire le point sur la dépression à l'adolescence d'une manière à la fois pragmatique et mesurée, en faisant appel à des auteurs expérimentés en mesure d'énoncer des principes clés très utiles pour les omnipraticiens. À l'heure où nous le publions, la HAS s'apprête d'ailleurs à faire connaître en la matière ses nouvelles *Recommandations des bonnes pratiques* auxquelles certains d'entre nous ont contribué.

Jordan Sibeoni et Marie-Rose Moro en font le constat : l'EDM est sous-diagnostiqué et sous-traité, ils soulignent l'intérêt des échelles de mesure, en particulier l'*Adolescent Depression Rating Scale*, et du dépistage précoce, puisque le risque suicidaire doit être craint chez tout adolescent en mal-être. Philippe Binder nous fait part en exclusivité des premiers constats d'une étude par auto-questionnaires menée auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents scolarisés. Un nombre croissant de jeunes filles sont amenées à fréquenter de plus en plus souvent les services d'urgence, soit pour TS reconnues comme telles, soit pour des conduites auto-agressives pouvant annoncer des conduites suicidaires ultérieures. D'où l'intérêt des actions de prévention en milieu scolaire dont Daniel Marcelli est un pionnier. Il rappelle l'importance

Alerte sur l'augmentation des tentatives de suicides

Dr Philippe Binder (philippe.binder@univ-poitiers.fr), maître de conférences associé, faculté de médecine

de Poitiers, département de médecine générale, directeur du pôle recherche, **Dr Anne-Laure Heintz**, département de médecine générale, faculté de médecine de Poitiers, **Coralie Servant**, interne en médecine générale, **Pr Pierre Ingrand**, directeur du département d'épidémiologie et de biostatistiques, Inserm CIC 0802, responsable de l'Institut universitaire de santé publique de Poitiers en France, et président de l'Observatoire régional de la santé.

La tentative de suicide (TS) à l'adolescence est un facteur de risque connu de morbidité et mortalité ultérieure^(1,2), mais son épidémiologie manque de précision en France⁽³⁾. Sa fréquence d'hospitalisation par âge décrit un pic étroit spécifique des filles entre 15 et 19 ans⁽⁴⁾. Les taux des TS « dans la vie » relevés par autoquestionnaires à 16-17 ans en 1993⁽⁵⁾, 15-16 ans en 1999⁽⁶⁾, 16 ans en 2007⁽³⁾ et 17 ans en 2008⁽⁷⁾ sont, chez les garçons : 4 %, 7,5 %, 7,4 %, 4,7 %, et chez les filles : 9 %, 14,6 %, 8,1 %, 11,3 %. Aux États-Unis, la moyenne générale des 16 ans

est inférieure : 4,8 %⁽⁸⁾. L'enquête HBSC⁽⁹⁾ menée en juin 2012 en Alsace et Poitou-Charentes nous a permis d'actualiser ces données.

L'Éducation nationale a tiré au sort 1 817 jeunes de 15 ans de 171 établissements publics de ces deux régions. L'enquête a renseigné en conditions d'examen 88 questions dont deux concernaient les TS : « Combien de fois as-tu tenté de te suicider, durant les 12 derniers mois, au cours de ta vie ? ».

Au total, la fréquence des TS « dans la vie » déclarée était de 8,8 % chez les garçons et 20,9 % chez les filles sans différence significative entre le Poitou-Charentes et l'Alsace, que ce soit chez les garçons, 7,8 % vs 9,9 %, ou les filles, 22,2 % vs 19,5 %. La fréquence des TS « dans les 12 mois » était de 5,1 % chez les garçons et 10,8 % chez les filles, deux fois plus faible en Poitou-Charentes qu'en Alsace chez les garçons 3,4 % vs 6,8 % (p = 0,021, test de Fisher) et sans différence chez les filles, 11,0 % vs 10,5 %.

trop hâtif

d'un repérage élargi des conduites à risque chez les collégiens et les lycéens et insiste sur la nécessité de suivre tout adolescent suicidaire sans pour autant forcément recourir à l'hospitalisation.

Il est vrai que les modalités de celle-ci sont éminemment variables d'une ville, voire d'une région à l'autre, et que l'urgence ne s'accorde pas toujours avec les impératifs d'une évaluation médico-psychologique approfondie. À charge pour les hôpitaux d'offrir des conditions d'accueil et de prise en charge adaptées. Considérer les conduites à risque comme des signes d'appel à prendre en compte est indispensable, et j'en rappelle dans un encadré les cinq critères de gravité à retenir. Tous ces jeunes ne sont pas forcément victimes d'un EDM, mais tout clinicien doit en connaître les critères. Michel Hofmann les décrit et développe les particularités des troubles dépressifs chez l'adolescent, avec des comorbidités pas toujours reconnues. D'où l'importance de la pluridisciplinarité, tant au niveau du repérage que de celui de l'identification des troubles, jusqu'à la formulation d'un diagnostic (lorsque celle-ci est possible).

Guillemette Balsan et Maurice Corcos mettent l'accent sur les aspects thérapeutiques de l'EDM qui ne doivent pas se résumer à la prescription d'un médicament. Ils prônent l'approche psychothérapique qu'ils ne réservent pas aux seuls « psys » ; l'omnipraticien est lui aussi un thérapeute, et sa place est centrale tant auprès du patient qu'en médiation avec sa famille. Chaque fois que nécessaire, la prise en charge se partagera avec un « psy » dans un esprit de complémentarité, sachant plus que le choix de la méthode psychothérapique elle-même c'est la qualité des relations et la cohérence entre les différents intervenants qui s'avèrent les plus efficaces – différents aspects du « lien » dont Philippe Duverger recommande le développement et l'étayage.

L'adolescent en soin doit être envisagé dans sa globalité. Louis Tandonnet et Daniel Marcelli évoquent en tribune libre dans ce numéro les limites de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) dans l'approche de la dépression de l'adolescent, dont les différentes composantes, par essence complexes et variables, se prêtent mal aux seules données comportementales et pharmacologiques issues de l'expérimentation. •



L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

des filles de 15 ans en France

Il existe un écart considérable des déclarations de TS « dans la vie » à 15 ans chez ces filles par rapport à toutes les études antérieures même si celles-ci concernent surtout les 16-17 ans.

Qu'en penser ? La représentation du mot « suicide » a pu évoluer, mais pourquoi se limiterait-elle aux filles ? Les méthodes pourraient différer, mais les questions et le

mode de passation étaient au moins identiques à ceux des enquêtes antérieures^(5,6). Les actes autoagressifs ont augmenté, mais pourquoi surtout chez les filles françaises ? L'exploitation des données ESPAD, l'enquête HBSC 2014 à l'école, et d'autres en milieu hospitalier permettront de confirmer ou non cette sérieuse alerte. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Nous remercions les propriétaires de la base de données fusionnée : l'ORS Alsace et l'unité de biostatistiques et d'épidémiologie INSERM CIC 0802 de Poitiers ainsi que leurs partenaires : l'association HBSC France, le rectorat de Poitiers, l'association Relais 17, l'ORS Poitou-Charentes, l'ARS Poitou-Charentes, la faculté de médecine et de pharmacie de l'université de Poitiers, le rectorat de Strasbourg, l'ARS Alsace, la DRJSCS Alsace, la ville de Strasbourg, la ville de Mulhouse et le conseil général du Bas-Rhin.

1. Laurent A, Foussard N, David M, et al. A 5-year follow-up study of suicide attempts among French adolescents. *J Adolesc Health* 1998 May;22(5):424-30.
2. Wenzel A, Berchick ER, Tenhave T, et al. Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts and suicide ideation: a 30-year prospective study. *J Affect Disord* 2011 Aug;132(3):375-82.
3. De Tournemine R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence « Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? ». *Arch Pediatr* 2010;17:1202-9.

4. Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. *Analyse du PMSI MCO*. *BEH* 2011;47-48: 488-492.
5. Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Paris: La Documentation Française; 1994.
6. Binder P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. *Rev Prat Med Gen* 2001; 15:1507-12.
7. Peyre H, Hatteea H, Rivollier F. Tentatives de suicide chez les

- adolescents français de 17 ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. Available online 7 December 2013.
8. Nock MK, Green JG. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *Jama Psychiatry* 2013;1-11.
9. Godeau E, Navarro F, Arnaud C. La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis: Inpes, coll. Études santé, 2012: 254 p.

étape 1 Première évaluation diagnostique et engagement dans le soin

Dr Jordan Sibeoni (jordan.sibeoni@cch.aphp.fr), Pr Marie-Rose Moro, AP-HP, hôpital Cochin, Maison de Solenn, université Paris-Descartes, Sorbonne Paris-Cité, INSERM, U-669 PSIGIAM, Paris

La dépression à l'adolescence reste très nettement sous-diagnostiquée et sous-traitée. En France par exemple, dans l'étude de Flament et al.⁽¹⁾, deux tiers des adolescents présentant un épisode dépressif majeur (EDM) et près de 80 % de ceux présentant une dysthymie (forme chronique et modérément sévère de la dépression) n'ont pas eu accès à des soins. Dans l'étude de Chan Chee et al.⁽²⁾, ce sont 90 % des adolescents présentant une dépression caractérisée qui déclaraient n'avoir reçu aucun traitement. Des dépressions cliniquement réparables ne sont donc pas détectées tandis que le système de soins, et notamment de soins spécialisés, reste trop peu utilisé.

À l'origine des soins : les parents, l'école, le médecin traitant

L'adolescent souffrant de dépression est très rarement à l'initiative de ses soins. À la difficulté de prendre conscience du trouble s'ajoutent d'autres facteurs entravant la démarche de recherche d'aide et donc d'accès aux soins : stigmatisation de la maladie mentale, manque de confiance envers les acteurs de santé et peur d'une absence de confidentialité, anxiété suscitée par la démarche, mauvaises expériences passées avec les soins ou encore méconnaissance des systèmes de soins⁽³⁻⁵⁾. Ainsi, pour ces adolescents, la présence d'idées suicidaires et les tentatives de suicides sont parmi les facteurs qui garantissent davantage un accès aux soins^(6,7). Autrement dit, en l'absence de détection et d'intervention précoces, « *les prémices de la dépression seront devenues des urgences avec un risque suicidaire dépassé et une perte de confiance en l'adulte à pouvoir aider quand cela s'avère nécessaire et vital* »⁽⁸⁾.

- L'importance de l'environnement familial et des actions de santé publique

L'accès aux soins repose avant tout sur l'interaction entre l'adolescent et son environnement, notamment familial. Il faut encourager les pairs, la famille, l'école à engager activement les soins pour les adolescents déprimés^(9,10). Cela nécessite des actions de santé publique telles que des campagnes de prévention pour informer et sensibiliser le grand public⁽¹¹⁾, mais aussi des formations destinées à tous les professionnels au contact des jeunes en général, et aux professionnels de santé en particulier.

Le rôle de l'entourage familial est primordial⁽¹²⁾. À partir d'une étude qualitative sur l'accès aux soins des adolescents souffrant de dépression, Labey et al.⁽¹³⁾ proposent de penser l'adolescent dépressif dans une dialectique « du cacher/montre la souffrance » : « *Les adolescents décrivent un double mouvement entre ce qu'ils cherchent à cacher et ce qu'ils montrent malgré eux à leur entourage* » (Ibid). Cela place les interactions, notamment avec l'entourage familial, au centre de la problématique dépressive et en particulier de l'accès aux soins. À l'origine de la demande d'aide, on retrouve les parents qui parviennent à déchiffrer la souffrance de leur enfant. Le niveau de détresse ressenti par les parents, leurs croyances de santé et leur niveau d'éducation influencent leur capacité à reconnaître la souffrance de leur enfant et leur décision de consulter⁽¹⁴⁾.

Parfois, la dépression de l'adolescent est intimement liée au fonctionnement de la famille et

1. Signes d'appel repérables en milieu scolaire

Les enseignants, les surveillants et les conseillers d'éducation (CPE) sont en première ligne et devront être sensibles – et sensibilisés ! – à la souffrance psychique d'un adolescent devant des problèmes scolaires (absences et retards répétés, baisse soudaine ou progressive des performances scolaires), des comportements d'opposition ou encore des consommations de toxiques. Ils pourront orienter l'adolescent vers l'infirmière ou le médecin scolaire afin que ceux-ci puissent évaluer sa situation et l'accompagner dans ses soins, le cas échéant vers des structures spécialisées.

aux relations intrafamiliales ; l'accès aux soins reposera alors davantage sur la capacité des adultes au contact de l'adolescent, notamment en milieu scolaire, à être particulièrement attentifs à sa souffrance psychique quels que soient les signes d'appel (encadré 1).

- **Le médecin traitant reste souvent le premier recours**

Le médecin traitant, médecin généraliste ou pédiatre, a lui aussi un rôle pivot à jouer. Les adolescents souffrant de dépression consultent davantage leur médecin, mais pour des motifs autres que la dépression⁽⁷⁾. Derrière des motifs de consultations divers et notamment des plaintes somatiques fonctionnelles, des difficultés scolaires ou encore un trouble anxieux, se cache parfois une dépression que le médecin doit rechercher activement. De plus, même si l'évolution sociétale tend vers une moindre stigmatisation de la psychiatrie et facilite l'accès direct à des soins spécialisés, le médecin traitant reste souvent le premier recours médical vers lequel se tournent les parents. Il occupe donc une place de choix pour permettre une détection et une intervention précoces dans la prise en charge de la dépression d'un adolescent.

L'évaluation diagnostique, premier enjeu des premières consultations

Lors des premières consultations, le médecin, qu'il soit généraliste ou psychiatre, doit évaluer la symptomatologie dépressive de l'adolescent et notamment le risque suicidaire (voir l'article de X. Pommereau p. X), il doit également organiser les soins en s'assurant que l'adolescent et ses parents sont bien engagés dans le projet thérapeutique. Ici, le médecin généraliste devra travailler en réseau pour orienter au mieux l'adolescent si la sévérité des troubles nécessite une prise en charge spécialisée. Dans ce contexte, un travail en réseau implique la construction de liens plus étroits entre les médecins généralistes et les équipes spécialisées, pour que chacun puisse s'étayer sur la place et les compétences spécifiques de l'autre. Concrètement, il est donc important de connaître et de rencontrer les différents partenaires pouvant intervenir dans ces situations de façon à pouvoir facilement avoir recours à une consultation spécialisée ou même à un conseil.

2. Les signes cardinaux du syndrome dépressif

Humeur dépressive, irritabilité, anhédonie associées à :

- une perte ou un gain significatif de poids ;
- une insomnie ou une hypersomnie ;
- une agitation ou un ralentissement psychomoteur ;
- une asthénie et perte d'énergie ;
- de la dévalorisation et de la culpabilité ;
- une diminution de la concentration et des idées noires ou suicidaires, voire des tentatives de suicide.

- **Des tableaux cliniques plus ou moins francs et diversifiés**

Les manifestations dépressives à l'adolescence sont très diverses et la détection d'un syndrome dépressif par le médecin traitant est influencée par sa formation, ses techniques d'entretiens, l'utilisation d'échelles mais surtout par la durée de la consultation et la capacité d'alliance avec l'adolescent et ses parents⁽¹⁴⁾.

- Dans certains cas, la sémiologie des états dépressifs est fondée sur un isomorphisme avec la clinique adulte, avec l'association de plusieurs symptômes persistant dans le temps (encadré 2) et ayant un retentissement sur le fonctionnement social de l'adolescent. Ces formes caractéristiques de dépression sont fréquentes à l'adolescence. Une méta-analyse⁽¹⁵⁾ de Costello et al. regroupant 26 études retrouve un taux de prévalence d'EDM de 5,6 % chez les 13-18 ans. Des données épidémiologiques concernant les facteurs de risque associés à la survenue d'un EDM et d'une dysthymie sont disponibles^(16,17) : être une fille, être un adolescent âgé, vivre dans un milieu économique défavorisé, avoir des problèmes familiaux (négligence, carence, dysfonctionnement), avoir vécu un ou plusieurs événements de vie stressants). Enfin, le médecin devra systématiquement rechercher une dépression chez un adolescent présentant un autre trouble psychopathologique et tout particulièrement des troubles anxieux, des troubles du comportement, un abus de substances et des troubles des conduites alimentaires^(18,19).

- La dépression à l'adolescence peut également se manifester par une clinique plus diversifiée et moins franche s'inscrivant dans un contexte développemental spécifique.

Dépression de l'adolescent

3. Le syndrome de menace dépressive

L'adolescent lutte avec anxiété contre l'envahissement par des affects dépressifs. Au premier plan on observe donc des symptômes anxieux auxquels peuvent s'associer des plaintes somatiques, des conduites agies et une humeur dépressive inconsistante. Certains adolescents présentent ce qu'on nomme une dépression masquée, c'est-à-dire qu'ils manifestent leur dépression par d'autres symptômes et conduites se situant à première vue en dehors du champ sémiologique de la dépression, plaintes somatiques fonctionnelles, dysmorphophobie, asthénie, comportements agressifs, conduites d'addiction.

4. Échelle d'évaluation spécifique de la dépression de l'adolescent (ADRS)

1. Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail.
2. J'ai du mal à réfléchir.
3. Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment.
4. Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse.
5. Ce que je fais ne sert à rien.
6. Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir.
7. Je ne supporte pas grand-chose.
8. Je me sens découragé.
9. Je dors très mal.
10. À l'école, au boulot, je n'y arrive pas.

Un score supérieur ou égal à 4/10 témoigne d'un état dépressif sub-syndromique nécessitant une poursuite de l'évaluation et des soins.

À cet autoquestionnaire peut s'ajouter une échelle d'hétéro-évaluation du clinicien basée également sur 10 items à coter de 0 à 6 selon l'intensité : (1) de l'irritabilité, (2) de l'envahissement par le vécu dépressif, (3) de la perception négative de soi, (4) des idées noires, (5) de la lenteur d'idéation, (6) des troubles du sommeil, (7) de l'investissement scolaire, (8) de l'investissement dans les activités extrascolaires, (9) du retrait social et enfin (10) de l'impression empathique du clinicien.

De nombreux auteurs ont en effet théorisé la dépressivité inhérente au processus même de l'adolescence⁽²⁰⁾. L'affect dépressif est d'ailleurs fréquemment rencontré chez les adolescents en dehors de toute pathologie psychiatrique⁽¹⁾. Le risque est grand alors, pour les parents comme pour les professionnels de santé, de banaliser les manifestations dépressives d'un adolescent en les rapportant à cette dysthymie développementale. Par ailleurs, il existe des spécificités cliniques de la dépression à cette période de l'adolescence : certains symptômes sont retrouvés plus fréquemment, tels que des plaintes somatiques, des phénomènes hallucinatoires, une faible estime de soi, une hypersomnie, des passages à l'acte suicidaire

et une irritabilité, mais aussi certains tableaux cliniques spécifiques à l'adolescence. Braconnier (1995) a ainsi décrit le syndrome de menace dépressive⁽²¹⁾ qui peut précéder ou masquer une dépression (encadré 3). La dépression de l'adolescent peut également passer inaperçue quand elle se traduit par une inhibition avec une restriction des champs d'intérêt, une pauvreté d'expressions motrices, un sentiment de vide, associée très souvent à une baisse du rendement scolaire⁽²²⁾.

- De l'intérêt d'utiliser en premier recours une échelle d'évaluation spécifique

Les études épidémiologiques utilisant des échelles de mesures de la dépression illustrent parfaitement ces enjeux diagnostiques et retrouvent des chiffres de prévalence bien plus élevés que ceux cités précédemment pour l'EDM : 9,6 % avec l'échelle d'évaluation CIDI-SF (*Composite International Diagnostic Interview - Short Form*)⁽²⁾, 19 % chez les garçons et 34 % chez les filles avec la CES-D (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale*)⁽²³⁾. Cette dernière a été utilisée avec succès dans une étude aux États-Unis pour cibler une population à risque de dépression, c'est-à-dire subclinique, et mettre en place un programme de prévention⁽²⁴⁾. En plus d'une formation approfondie en psychopathologie de l'adolescent et de la constitution de réseaux reliant les médecins traitants à des structures de soins spécialisés, il serait donc sans doute utile de mettre à la disposition des médecins de premiers recours une échelle d'évaluation spécifique de la dépression de l'adolescent, soit l'*Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS)⁽²⁵⁾. Cette échelle dimensionnelle repose sur une auto-évaluation à remplir par l'adolescent à partir de dix phrases auxquelles répondre par « vrai » ou « faux » (encadré 4).

L'engagement dans les soins, second enjeu majeur

L'évaluation diagnostique, comme l'engagement dans les soins, sont dépendants de la capacité du médecin à instaurer une alliance thérapeutique avec l'adolescent et ses parents. Or les adolescents ne reconnaissent pas spontanément le médecin généraliste comme la personne pouvant écouter et comprendre leurs problèmes comportementaux ou émotionnels⁽²⁶⁾ ; ils craignent particulièrement le manque de confidentialité⁽⁴⁾. Il s'agit donc pour le médecin

de prendre le temps de rencontrer l'adolescent, seul et avec ses parents, de faire preuve d'empathie et d'une écoute attentive, tout en respectant une bonne distance. Certains auteurs suggèrent aux médecins traitants une approche du « *getting to know you while you're well* » (« apprendre à te connaître quand tu vas bien »)⁽²⁶⁾ pour construire les bases d'une relation médecin-malade sécure. Lors de consultations de routine, le médecin doit prendre un temps seul et suffisamment long avec l'adolescent et se préoccuper autant de son corps que de son esprit.

Le médecin doit également s'assurer de la coopération des parents. En effet, La relation médecin-adolescent est d'emblée triangulaire. Tous doivent participer et collaborer ensemble afin d'élaborer un projet de soins et d'éviter une rupture thérapeutique. La qualité de la relation thérapeutique médecin-adolescent-parents conditionne la poursuite des soins. Selon Labey et al.⁽¹³⁾, il y a nécessité d'une représentation partagée entre les modèles du malade, de la famille et des soignants. L'engagement dans le soin implique un accordage des différentes théories et croyances sur l'expérience dépressive que traver-

se l'adolescent. Plus encore, le médecin devra parfois jouer le rôle de médiateur entre les parents et l'adolescent pour dépasser les clivages et divergences et s'assurer d'une entrée réussie dans le parcours de soins.

Renforcer et améliorer l'accès aux soins

En France, la mise en place des Maisons des adolescents* a fait du soin pour ces jeunes une priorité de santé publique. En prenant en charge les adolescents dans toutes leurs dimensions somatique, psychologique, scolaire, éducative et psychiatrique, ces structures d'accueil, plus qu'à renforcer l'offre de soins, cherchent à en améliorer l'accès, à assurer à l'adolescent la possibilité permanente d'une rencontre avec des soignants (*Ibid*). •



Jordan Sibeoni déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.
Marie-Rose Moro déclare...

* La liste des Maisons des adolescents est consultable sur le site de l'Association nationale des Maisons des adolescents (<http://www.anmda.fr/>).

- Flament MF, Cohen D, Choquet M, et al. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, no 9 (septembre 2001): 1070-78. doi:10.1097/00004583-200109000-00016.
- Chan Chee C, Guignon N, Delmas MC, et al. Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 60, no 1 (février 201 ?): 31-9. doi:10.1016/j.respe.2011.08.065.
- Barker G, Olukoya A, Aggleton P. Young people, social support and help-seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 17, no 4 (décembre 2005): 315-5.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 10 (2010): 113. doi:10.1186/1471-244X-10-113.
- Van Voorhees B, Fogel J, Houston TK, et al. Attitudes and illness factors associated with low perceived need for depression treatment among young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41, no 9 (septembre 2006): 746-54. doi:10.1007/s00127-006-0091-x.
- Hoberman HM, Clarke GN, Saunders SM. Psychosocial interventions for adolescent depression: issues, evidence, and future directions. *Progress in Behavior Modification* 30 (1996): 25-73.
- Gasquet I, Chavance M, Ledoux S, et al. Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 6, no 3 (septembre 1997): 151-9.
- Moro MR. Les maisons des adolescents, un nouveau concept ? *Adolescence* 80, no 2 (2012): 287. doi:10.3917/ado.080.0287.
- Fröjd S, Marttunen M, Pelkonen M, et al. Adult and peer involvement in help-seeking for depression in adolescent population: a two-years follow-up in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42, no 12 (décembre 2007): 945-52. doi:10.1007/s00127-007-0254-4.
- Sawyer MG, Borojevic N, Ettridge KA, et al. Do help-seeking intentions during early adolescence vary for adolescents experiencing different levels of depressive symptoms? *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* 50, no 3 (mars 2012): 236-42. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.06.009.
- Taleb M, Rouillon F, Hegerl U, et al. Les programmes d'action contre la dépression. *L'Encéphale* 32, no 1 (février 2006): 9-15. doi:10.1016/S0013-7006(06)71632-2.
- Griffiths KM, Crisp DA, Barney L, et al. Seeking help for depression from family and friends: a qualitative analysis of perceived advantages and disadvantages. *BMC Psychiatry* 11 (2011): 196. doi:10.1186/1471-244X-11-196.
- Labey M, Spodenkiewicz M, Schmidt A, et al. "Am I showing you my pain?" A qualitative study on the perspectives of adolescents with major depression and their parents. [submitted]. 2013
- Zwaanswijk Ma, Verhaak PF, Bensing JM, et al. Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12, no 4 (1er août 2003): 153-161. doi:10.1007/s00787-003-0322-6.
- Costello J, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:12 (2006):1263-71.
- Wade T J, Cairney J, Pevallin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, no 2 (février 2002): 190-8. doi:10.1097/00004583-200202000-00013.
- Cohen D. Comment prendre en charge une dépression. In : *Idées de vie, idées de mort*. Braconnier A, Chillard C, Choquet M. Masson, 2003.
- Evans AS, Frank SJ. Adolescent depression and externalizing problems: testing two models of comorbidity in an inpatient sample. *Adolescence* 39, no 153 (2004): 1-18.
- Stice E, Burton EM, Shaw H. Prospective relations between bulimic pathology, depression, and substance abuse: unpacking comorbidity in adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, no 1 (février 2004): 62-71. doi:10.1037/0022-006X.72.1.62.
- Freud A. *Adolescence* no 13. *Psychoanal Study Child* (1958): 255-78.
- Braconnier A. *Dépression: adolescentes, adolescents*. Paris: Bayard, 1995.
- Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: Masson, 2008.
- Chabrol H, Choquet M. Relations entre symptomatologie dépressive, désespoir et idées de suicide chez 1547 lycéens. *L'Encéphale* 35, no 5 (octobre 2009): 443-7. doi:10.1016/j.encep.2008.10.010.
- Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, et al. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, no 3 (mars 1995): 312-21. doi:10.1097/00004583-199503000-00016.
- Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, et al. The adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry* 7 (2007): 2. doi:10.1186/1471-244X-7-2.
- Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: the help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). *Journal of Adolescence* 34, no 4 (août 2011): 685-93. doi:10.1016/j.adolescence.2010.09.004.

étape 1 Prévention du risque suicidaire : 25 années de repérage en milieu scolaire

Bien avant les campagnes nationales de sensibilisation, un programme de prévention du risque suicidaire a été mis en place en Poitou-Charentes au sein des collèges et lycées. Sous l'impulsion du Pr Daniel Marcelli, chef du service de psychiatrie infanto-juvénile du CH Henri-Laborit de Poitiers, ce programme est opérationnel depuis 25 ans dans 80 % des établissements d'enseignement secondaire des secteurs public et privé de la région.



Pr Daniel Marcelli,
(d.marcelli@ch-poitiers.fr)

« **L'**état d'esprit qui animait et qui anime toujours ces actions de prévention du risque suicidaire en milieu scolaire chez le mineur de moins de 18 ans est que, dans cette population, les actions ciblées sur une conduite à risque sont le plus souvent inefficaces, affirme le Pr Marcelli. Toutes les enquêtes épidémiologiques montrent en effet que les adolescents concernés cumulent en général des risques divers et que c'est plutôt les circonstances environnementales ou événementielles qui les mènent vers telle ou telle conduite (consommation de produits, scarification..., tentative de suicide). »

Les actions de prévention ciblées ne sont pas adaptées

De fait, nombre de jeunes cumulent ces conduites, d'autant plus qu'ils « vont mal » et en conséquence moins une prévention ciblée n'a de sens. Partant de ce constat, un système de repérage des adolescents à risque suicidaire a été mis en place en Poitou-Charentes en prenant en compte une seconde difficulté : « Chez l'adolescent, l'acte suicidaire entrecroise deux lignées psychopathologiques : la lignée dépressive et la lignée impulsive. » Ainsi, certains adolescents peuvent faire des tentatives de suicide (TS) « impulsives » sans pathologie dépressive notable et d'autres des TS « dépressives » sans problématique impulsive majeure. « Cette dualité explique la non-concordance parfaite entre dépression et TS ou entre impulsions et TS et, dès lors, nous sommes devant des jeunes qui peuvent souffrir de l'une ou l'autre des pathologies : impulsive (avec son cortège de troubles de la personnalité), dépressive, avec pour contexte carence affective, culpabilité... ou bien des deux pathologies en même temps. »

La prévention secondaire consiste à repérer les jeunes qui cumulent un certain nombre de difficultés, scolaires, affectives, etc., lesquelles se traduisent en général par certaines manifestations symptomatiques (mal-être, sommeil perturbé, cauchemars, tendance à l'impulsivité, difficultés relationnelles, scolaires, etc.) et à intervenir avant qu'ils ne s'engagent sur la pente qui mène au passage à l'acte suicidaire.

Consultations infirmières et encadrement d'adultes ressources

« Dans ce but, nous avons mis en place dans les collèges et les lycées un double système d'intervention regroupé dans une unité appelée ISATIS (Institut spécialisé adolescent toxicomanie intervention santé) », explique le Pr Marcelli.

Le premier type d'intervention se situe directement au contact des jeunes. Des infirmiers travaillant dans des structures de soins spécialisés (notamment le service de pédopsychiatrie) y sont formés à écouter les adolescents et à repérer les manifestations symptomatiques qui sont à considérer comme des signes d'alerte d'un mal-être.

Le second type d'action repose sur le principe des « équipes d'adultes ressources » qui regroupent des professionnels de l'Éducation nationale (enseignants, personnel administratif, personnel de cantine). « De notre point de vue, pour que ce système fonctionne sur le long terme, il existe une condition sine qua non : un animateur extérieur doit encadrer ces équipes pour venir impulser et régulariser leur travail. C'est ce que nous avons proposé à un certain nombre d'établissements et beaucoup ont accepté », précise le Pr Marcelli. Un psychologue du service de pédop-

sychiatrie du CH de Poitiers, spécialement formé, intervient donc tous les 15 jours ou tous les mois sur place. L'objectif est d'aider les professionnels de l'Éducation nationale à évaluer le comportement d'un jeune de manière globale, dans différentes circonstances et dans différents lieux de l'établissement, afin de croiser ces informations et de décider, si nécessaire, d'une stratégie d'approche : aller au contact du jeune, ou bien l'encourager à se rendre à la consultation infirmière mise en place, ou encore lui proposer d'organiser une entrevue avec ses parents.

« L'idéal est bien évidemment d'associer les deux types d'intervention, consultation infirmière et encadrement d'adultes ressources, mais ce n'est pas le cas de tous les établissements », note le Pr Marcelli qui poursuit : « Grâce au système ISATIS, 800 à 900 jeunes ont accès chaque année à une consultation infirmière et 300 à 400 jeunes bénéficient des services de l'équipe d'adultes ressources, soit un total d'environ 1 000 jeunes par an (certains étant comptabilisés dans les deux types d'intervention). En moyenne, 5 à 10 % des adolescents sont adressés dans les services de soins, ce qui concorde avec les données épidémiologiques évaluant les jeunes qui vont mal. »

Une réunion de régulation hebdomadaire et un long travail institutionnel

L'ensemble des infirmiers et des psychologues qui interviennent dans le cadre du système ISATIS participent à une réunion de régulation hebdomadaire avec un médecin du service de pédopsychiatrie qui coordonne l'ensemble des activités. Cette réunion qui dure deux à trois heures, permet notamment une réflexion sur ce travail et sur la pertinence des orientations de prise en charge. La participation des médecins scolaires aux réunions est hautement souhaitable, ce qui leur permet de s'impliquer dans la dynamique de prévention et de la soutenir.

« Chaque fois que nous intervenons dans un établissement, c'est avec l'accord du principal du collège ou du proviseur du lycée, insiste le Pr Marcelli. Auparavant, une convention entre le rectorat et notre service hospitalier est signée puis cosignée par le chef d'établissement sous réserve de l'accord des associations de parents d'élèves de l'établissement concerné. Il incombe à ces associations d'informer les parents de nos

actions. Ce long travail institutionnel doit être reconduit à chaque changement de recteur, ce qui est particulièrement chronophage et épuisant, mais c'est le propre de toute action de prévention. »

Prévention primaire, secondaire et tertiaire

À côté de ces actions de prévention primo-secondaire en milieu scolaire, « en prévention dite primaire, les seules mesures possibles concernant la qualité de vie, d'accueil, d'écoute des jeunes, déclare le Pr Marcelli, toutes choses qui relèvent non pas de la médecine mais de la société et du social au travers de l'attention que peuvent porter aux jeunes leurs parents et tous les professionnels à leur contact. »

La prévention tertiaire est quant à elle strictement médicale : « Tout jeune qui fait une TS se signale lui-même comme étant à risque et doit impérativement bénéficier d'un suivi psychiatrique pendant au moins six à douze mois, une évaluation soigneuse étant notamment indispensable selon un protocole que j'ai décrit dans un livre*. Des propos péremptoirs du genre "une TS, ce n'est pas grave, cela fait partie de l'adolescence" ou à l'opposé "une TS à l'adolescence signe une psychopathologie certaine", ne sont pas de mise ; la seule attitude légitime est bien une évaluation soigneuse fondée sur un lien de confiance avec l'adolescent ».

Dernier commentaire, le bien-fondé d'hospitaliser un adolescent après une TS n'est pas démontré : « Aucune étude nationale n'a fait la preuve qu'une hospitalisation systématique après une TS diminuait les risques de récurrence. Certes, l'hospitalisation a un aspect contenant positif pour les adolescents impulsifs et offre un espace-temps pour l'évaluation, mais tout ceci est limité, et in fine, cette stratégie ajoute de l'anxiété à l'anxiété, laissant l'adolescent et ses parents plus ou moins démunis face la stigmatisation que représente un séjour dans un service hospitalier plus encore psychiatrique que pédiatrique », conclut le Pr Marcelli. •

Propos recueillis par **Brigitte Némirovsky**

Daniel Marcelli (d.marcelli@ch-poitiers.fr) déclare n'avoir aucun lien d'intérêts

*Adolescence et Psychopathologie, en collaboration avec A. Braconnier, Masson éd, 7^e édition, 2008.

Relais vers le soin par les infirmiers de l'unité ISATIS

Ces infirmiers se rendent dans les établissements qui en font la demande pour s'entretenir avec les jeunes qui le souhaitent. Au terme de 3 à 5 entretiens au maximum (en général à quinze jours d'intervalle), les infirmiers ont la responsabilité de décider si le jeune « souffre d'une simple crise d'adolescence un peu plus importante que la moyenne » ou bien s'il est en passe de s'engager dans des manifestations symptomatiques qui risquent d'évoluer vers une psychopathologie. Dans ce dernier cas, les infirmiers orientent les adolescents vers des structures d'accueil spécialisées (centre médico-psychologique, services hospitaliers...) en appuyant leur demande de soins.

étape 1 Comprendre l'adolescent suicidaire et le reconnaître à temps

Dr Xavier Pommereau (xavier.pommereau@chu-bordeaux.fr), chef du Pôle aquitain de l'adolescent, centre Abadie, CHU de Bordeaux

Avec 500 à 600 décès par an, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes Français (encadré 1) après les accidents de la circulation⁽¹⁾. Différentes enquêtes indiquent qu'un nombre important de suicidants et de suicidés ont consulté un médecin généraliste dans les jours précédant leur passage à l'acte⁽²⁾. Mais ils ont rarement parlé spontanément de leur idéation suicidaire, et le motif de la consultation a plus souvent été une plainte physique que la reconnaissance spontanée d'un état de mal-être. C'est dire l'importance pour le praticien d'une évaluation clinique fine, notamment lorsque l'adolescent évoque des troubles du sommeil, des sensations récurrentes d'angoisse ou des malaises divers mal définis, des peurs inexplicables, une labilité émotionnelle exagérée, un repli relationnel pouvant aller jusqu'à la rupture scolaire, une perte d'élan vital, une réduction de l'appétit, une irritabilité marquée, des réactions impulsives, etc.

Comprendre l'adolescent suicidaire pour pouvoir l'aider dans nos pratiques

- Entre « maladie psychiatrique » et « difficultés de l'adolescence »

Les adolescents suicidaires sont des jeunes en mal-être. Ils se disent mal dans leur peau, mal dans leur tête, dans l'incapacité de donner du sens à leur vie. Certains d'entre eux présentent de graves troubles de l'humeur ou de la personnalité qui nécessiteront des soins appropriés. Mais beaucoup ne sont pas malades. Ils sont en souffrance parce qu'ils ont l'impression douloureuse de ne pas parvenir à « se trouver » et à se vivre comme sujets à part entière, distincts

et respectés comme tels par les autres. Les plus jeunes éprouvent un sentiment de non-existence à un moment critique où la puberté oblige chacun à une double reconnaissance : se reconnaître (soi-même) et être reconnu (par les autres) à la fois comme le même – toujours aussi unique et singulier, en continuité avec soi – et un individu dorénavant différent du fait de l'avènement du corps génital et de la sexualisation des liens. Ce double mouvement et l'inscription qui en résulte dans la différence des sexes et des générations fondent le sentiment d'identité, construction évolutive qui apparaît – chez ces adolescents en difficulté – barrée, bafouée, niée ou attaquée. Les raisons du mal-être peuvent évidemment être multiples. Elles appartiennent souvent à l'histoire personnelle et familiale de ces adolescents et se révèlent lors de la survenue d'événements de vie défavorables – généralement des situations de perte ou d'abandon. Le contexte sociétal en favorise l'émergence dans la mesure où notre société moderne individualiste reconnaît davantage l'identité objective (ADN, empreintes biologiques) et le positionnement spatial d'un objet en mouvement (GPS), que l'identité subjective et la situation du sujet dans le corps social.

- Souffrance identitaire majeure et revendication d'existence

Avoir le sentiment de « non exister » mène à une logique de rupture, ce qui peut sembler

1. Le suicide des jeunes Français : chiffres clés

Trois suicidés sur quatre sont de sexe masculin. Rare avant l'âge de 15 ans (moins de 50 cas annuels), le suicide des jeunes touche surtout les 15-24 ans (93 %). La surmortalité masculine est liée à l'usage de moyens violents et radicaux, sept fois sur dix par pendaison ou usage d'une arme à feu⁽³⁾. Les tentatives de suicide (TS) sont, elles, plus souvent féminines. On en estime le nombre à au moins 40 000 par an chez les moins de 25 ans dans la proportion de trois femmes pour un homme. Selon le dernier Baromètre santé (2010) analysant les comportements des jeunes Français⁽⁴⁾ en population générale, 2 % des filles et 0,4 % des garçons âgés de 15 à 19 ans déclarent avoir fait une TS au cours des douze derniers mois. Neuf fois sur dix, les jeunes suicidants ont effectué une intoxication volontaire aiguë, le plus souvent au moyen de médicaments psychotropes régulièrement prescrits. Près d'un tiers récidivent dans l'année qui suit la tentative, la gravité du geste augmente avec la répétition et toute TS expose son auteur à un risque ultérieur significatif de décès par suicide ou par autre mort violente.

paradoxal à première vue, mais ne l'est pas. Il s'agit en effet, pour ces adolescents, de faire cesser une souffrance qui leur est intolérable ; ce faisant, ils s'emploient à rompre d'une manière active pour mieux se défaire d'une situation ou d'une position subie, jugée intenable ; en tranchant ainsi, ils espèrent secrètement se démarquer, se distinguer, et donc se faire reconnaître ; à leur insu, l'intensité de la rupture qu'ils expriment témoigne enfin d'une volonté plus ou moins affirmée de « marquer l'autre » pour davantage exister à ses yeux. Toutes ces intentions (dont certaines ne sont pas conscientes) se trouvent convoquées avec une acuité extrême dans l'acte suicidaire. Notre postulat est d'ailleurs qu'il ne peut pas y avoir de tentation de suicide sans, d'une part, une souffrance identitaire majeure et, d'autre part, une revendication d'existence et de reconnaissance, fût-ce à titre posthume.

- « Contenir sans détenir », condition essentielle du soin

Comment aider ces jeunes, dans nos pratiques ? En reconnaissant à temps toutes les conduites de rupture, en leur permettant d'exprimer leurs souffrances autrement qu'à travers des passages à l'acte, et en mesurant combien la fonction de tiers se révèle aujourd'hui centrale en matière de prise en charge des adolescents qui vont mal et de leurs familles. L'offre de médiations – ambulatoires ou institutionnelles – doit favoriser un travail de la crise, pour que chacun parvienne peu à peu à comprendre qu'une souffrance en cache souvent une autre. C'est également pourquoi la définition de cadres d'évolution pour « contenir sans détenir » se révèle indispensable. Il s'agit de proposer des temps et des espaces d'évolution permettant à l'adolescent et à ses proches de trouver une place singulière évitant la confusion, le mélange. L'enjeu est à la fois de proposer à chacun une prise en charge différenciée et d'établir des espaces de confrontation qui ne menacent ou n'excluent aucun des protagonistes.

Identifier le risque suicidaire

Selon le Baromètre santé 2010⁽⁴⁾, 4,4 % des filles et 2,2 % des garçons âgés de 15 à 19 ans reconnaissent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Les deux tiers d'entre eux disent avoir été jusqu'à imaginer comment s'y prendre pour se suicider. Des



données régionales récentes révèlent des statistiques plus inquiétantes (voir p. XX).

- Prendre au sérieux les intentions autant que les menaces

Bien que toute idéation suicidaire n'implique heureusement pas sa réalisation, la corrélation entre idées de suicide et passage à l'acte est forte, ce qui doit inciter à prendre au sérieux les intentions autant que les menaces suicidaires, surtout si elles se répètent et se révèlent précises. Dans les enquêtes en population générale, si 8 % des garçons et 13 % des filles âgés de 11 à 19 ans déclarent penser fréquemment au suicide, parmi eux 41 % reconnaissent avoir déjà fait une TS⁽⁵⁾.

- Oser aborder le sujet

En présence de signes anxio-dépressifs chez l'adolescent qui le consulte, et après avoir exploré ces signes dans les différents registres de la vie quotidienne (il existe un outil de repérage des symptômes dépressifs et de mesure de l'intensité dépressive spécifique de l'adolescent, l'*Adolescent Depression Rating Scale* [ADRS], voir p. XX), l'omnipraticien doit impérativement demander à son jeune patient s'il a déjà pensé au suicide et s'il a même tenté de passer à l'acte. La rédaction d'une lettre d'adieu, l'élaboration détaillée d'un scénario suicidaire ainsi que les manœuvres envisagées pour le mettre à exécution (amassement de médicaments, choix d'un moment et d'un lieu propices à la réalisation du passage à l'acte, etc.)

Dépression de l'adolescent

sont évidemment des facteurs aggravants. Le praticien doit également saisir l'opportunité de cet échange pour interroger l'adolescent à propos des membres de sa famille : à sa connaissance, certains proches ont-ils tenté de se suicider ? En osant aborder ce sujet sensible, non seulement le médecin autorise son jeune patient à s'exprimer, mais il affine son évaluation du risque suicidaire car, outre l'identification d'idées morbides, l'existence d'antécédents personnels et familiaux de TS indique un risque élevé⁽⁶⁾.



Autoportrait en pâte à modeler : l'adolescente se représente avec des scarifications des avant-bras.

- **Rechercher les conduites de rupture en amont**

Mais en amont de la crise suicidaire, les conduites de rupture auto-infligées se caractérisant par une impulsivité marquée méritent la plus grande attention. Le terme de rupture doit être entendu au sens propre comme au figuré, allant de la fugue à la scarification, en passant par l'épisode d'ivresse aiguë ou d'absorption de divers psychotropes ayant pour but reconnu de « se couper » du monde extérieur, d'oublier ses soucis, de faire cesser un état de souffrance. Avec Marie Choquet⁽⁷⁾, nous avons indiqué que cinq critères de gravité signalent une situation de mal-être pouvant aller jusqu'à la crise suicidaire (**encadré 2**).

- **Connaître la valeur pronostique de certaines formes d'automutilation**

Parmi les conduites de rupture, les automutilations réalisant des blessures cutanées superficielles (scarifications, abrasions, brûlures) sont en forte augmentation depuis une dizaine d'années⁽⁸⁾. Typiquement effectuées au niveau du poignet ou de

l'avant-bras opposé à la main directrice, les scarifications sont en général multiples et parallèles les unes aux autres, sans dépasser la profondeur de l'épiderme. N'importe quel objet coupant peut être employé (fragment de lame de rasoir, compas scolaire, couvercle de CD, ongles, etc.). Souvent banalisées par l'entourage, elles révèlent un état de mal-être dont l'adolescent impulsif tente de se soulager, faute de pouvoir exprimer son excès de tension autrement. Certaines formes d'automutilation ont une valeur pronostique en termes de risque suicidaire, en particulier les lésions auto-infligées situées au niveau de l'intérieur des cuisses et du ventre, ainsi que celles qui associent scarifications, plaques d'abrasion cutanée et brûlures réalisées avec la braise d'une cigarette. Ces figurations de blessures psychiques à vif projetées sur la peau sont souvent révélatrices de violences sexuelles subies ou d'un vécu d'intrusion, de forçage de l'espace territorial propre. Tour à tour cachées et exhibées, elles doivent être reconnues comme de véritables stigmates d'un état morbide sous-jacent et nécessitent que le praticien facilite la mise en mots de ces souffrances. Elles imposent une évaluation psychiatrique approfondie à la recherche d'une comorbidité (trouble grave de l'humeur ou de la personnalité).

- **Explorer plusieurs champs et prévoir plusieurs entretiens**

Face à un adolescent à risque, outre les éléments personnels qu'il invoque au sujet de sa santé physique et de son état psychique, l'identification d'un contexte critique doit explorer le champ familial (conflit, traumatisme, drame), le champ scolaire (harcèlement, violence subie, baisse mal vécue des performances, phobie), et le champ relationnel (retrait, rupture sentimentale, isolement par rapport aux pairs, situation de rejet, conduites d'opposition). La rencontre avec les parents, en présence de l'adolescent, complète l'évaluation. Après le premier contact, deux ou trois entretiens avec l'adolescent seul sont en général nécessaires pour mieux cerner les difficultés du jeune patient et définir la conduite à tenir la plus appropriée. Il est à cet égard important d'avoir en tête qu'une souffrance peut en masquer une autre, et que la plupart des TS dites « réactionnelles » révèlent au grand jour des blessures identitaires profondément inscrites dans l'histoire de l'adolescent et de son entourage (non-dits, secrets de famille, drames à répétition, violences intrafamiliales, etc.).

2. Les cinq critères de gravité pour les conduites de rupture

- La précocité d'apparition des premières conduites de rupture (avant l'âge de 15 ans)
- Leur cumul (automutilation + fugue + consommation chronique de cannabis, par exemple)
- Leur intensité (un coma éthylique n'est pas une simple « cuite »)
- Leur répétition (avec ou sans facteur déclenchant)
- Le cinquième point concerne le genre de l'adolescent : les ruptures auto-infligées à type de fugue, d'automutilation, d'ivresse massive, de crise de boulimie avec vomissement provoqué sont plus graves chez les garçons, et représentent chez eux des indices pronostiques à prendre en considération⁽⁸⁾

Hospitalisation de l'adolescent suicidaire : nécessité, limites et intérêt

Réaliser rapidement une évaluation médico-psychologique soigneuse

En ambulatoire, une seule rencontre avec l'adolescent ne peut, selon nous, conduire à la formulation précipitée d'un diagnostic de trouble bipolaire, en regard de l'existence de signes dépressifs, avec la vague notion d'une certaine labilité de l'humeur, une impulsivité repérée et une hypersensibilité manifeste aux événements de vie défavorables. Avec de tels éléments, un unique entretien ne doit pas se conclure par la prescription d'un antidépresseur et/ou d'un thyrométabolite, car à l'inefficacité thérapeutique

s'ajoute le risque d'une désinhibition comportementale iatrogène, sans oublier l'impression – pour le patient – de ne pas pouvoir approfondir la nature de ses difficultés avec l'aide du praticien. En prévention d'un passage à l'acte suicidaire, tout adolescent qui présente des signes d'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10 ou le DSM, ou qui multiplie les conduites de rupture marquées par les facteurs de gravité précités, devrait faire l'objet d'une évaluation médico-psychologique soigneuse associant aux compétences de l'omnipraticien celles d'un psychiatre. En ville, on sait que les délais de rendez-vous auprès de ce spécialiste peuvent être de l'ordre de un à deux mois, malgré les efforts entrepris dans la plupart des départements pour fluidifier les fili-

3. Un espace de soins relationnels intensifs offrant contenance sans rétention

Créée en 1992, l'unité de court séjour du centre Abadie est dotée de 15 lits et d'une équipe pluridisciplinaire, accueillant environ 350 adolescents par an – après une TS ou en prévention.

La durée moyenne de séjour est d'une dizaine de jours. L'objectif est d'effectuer un bilan approfondi dans un cadre souple et tolérable, afin de créer une mobilisation, une dynamique propice à la réflexion et au dialogue.

- Entretiens individuels, groupes et ateliers de médiation composent la prise en charge qui, assortie de l'accueil systématique des parents, constitue un temps de soins relationnels intensifs. Aucun séjour ne peut avoir lieu sans le consentement de l'adolescent, car c'est la contenance qui est recherchée, non la simple détention – même si l'inventaire des effets personnels de l'adolescent « entrant », effectué en sa présence, vise à retirer tout objet jugé dangereux et propice au passage à l'acte.
- Chaque jeune patient visite d'abord le service en compagnie d'un soignant qui lui en explique le fonctionnement. Il prend ensuite connaissance avec lui

du règlement intérieur dont il doit lire et commenter les divers points spécifiés dans un livret d'accueil. L'adolescent peut alors demander au soignant des précisions supplémentaires, moment évidemment très révélateur de la manière dont il se représente les limites.

- Le séjour peut officiellement débuter lorsque le jeune déclare accepter de se conformer à ce règlement écrit qui débute par cette phrase : « Ici, chacun s'engage à se respecter lui-même et à respecter les autres ».

La ritualisation protocolaire de l'accueil comporte une autre obligation non suspensive : celle de souscrire aux 48 heures d'isolement inaugural, figuration de la rupture à travers laquelle l'institution reprend la main (tant auprès de l'adolescent que de son entourage). Dans cet intervalle, les parents sont reçus par l'une des assistantes sociales du service, pour qu'ils puissent déposer leur propre souffrance, témoigner des difficultés rencontrées et être reconnus comme des interlocuteurs à part entière. Ils bénéficieront ensuite d'entretiens familiaux en présence de l'adolescent et du psychiatre référent.

- Les journées sont rythmées par un programme d'activités qui ne sont pas simplement « occupationnelles », car elles doivent s'offrir comme supports à haute valeur métaphorique, alliant la parole et l'acte. Il ne s'agit pas seulement d'évaluer les troubles de chaque patient et de les resituer dans un contexte donné, il faut surtout amener l'adolescent à leur donner du sens pour qu'une élaboration psychique puisse prendre le dessus sur la tentation du passage à l'acte. Le programme comprend ainsi des rencontres formelles obligatoires (entretiens individuels, groupes de parole), des ateliers d'expression et des plages de temps laissées délibérément libres pour amener chacun à faire l'expérience contenue du vide, de l'absence, du différé – problématique commune aux troubles dépressifs et aux traits *borderline*. L'« expression » fait évidemment appel à divers types de médiation, de même que la « projection » (*punching-ball*, mur d'expression libre, arts plastiques). Les trois registres du langage (expression, inscription, communication) sont déclinés



aux sens propre et figuré. L'ensemble contribue à définir un cadre dense, mobilisateur, assorti de « prises d'air », propre à constituer un espace de soins intensifs pouvant figurer la réanimation psychique.

- Les entretiens (avec un soignant ou un psy) ont également une durée calibrée en fonction de leur nature (20, 30 et 45 minutes), afin d'amener le jeune à se contenir et à ne plus se déverser sans limite, ce qui le prépare à pouvoir supporter les séances de psychothérapie qui lui seront ultérieurement proposées. Chaque patient est pris en charge par les soignants et par un psychiatre et un psychologue référents qui reverront l'adolescent après sa sortie, parallèlement au suivi ambulatoire assuré par l'omnipraticien et, si besoin, par un correspondant de ville.

Dépression de l'adolescent

res de soins pédopsychiatriques en ambulatoire, avec l'appui des centres médico-psychologiques (CMP) et des maisons des adolescents (MDA). Lorsque le risque suicidaire paraît important et incompatible avec une telle attente, l'hospitalisation en milieu spécialisé s'impose pour effectuer un bilan approfondi dans des conditions appropriées. Elle est également préférable lorsqu'il semble exister une disproportion entre l'intensité de l'idéation suicidaire et la bénignité apparente des facteurs précipitants évoqués, ou inversement, lorsque l'adolescent admet aller mal et multiplie les conduites de rupture, sans évoquer de projets mortifères.

- Un certain nombre de tentatives de suicide passent inaperçues

Pour les adolescents qui sont passés à l'acte et qui ont été admis aux urgences, la plupart des services hospitaliers se sont dotés de moyens de liaison pour assurer *in situ* l'évaluation médico-psychologique initiale des jeunes suicidants dès la fin des soins somatiques, suivant en cela les premières recommandations professionnelles de bonne pratique⁽¹⁰⁾. Le problème est qu'à la suite d'un passage à l'acte suicidaire, moins d'un adolescent sur trois est hospitalisé pendant au moins une nuit⁽⁴⁾. Un certain nombre de TS passent en effet inaperçues parce que leurs auteurs n'en parlent à personne, mais d'autres – considérées à tort comme bénignes – sont malheureusement banalisées et non traitées, ce qui est un important facteur de risque de récurrence. Les jeunes suicidants sont pourtant des utilisateurs connus du système de santé. Durant les douze mois qui précèdent leur passage à l'acte, près de la moitié d'entre eux se sont vu prescrire un médicament contre la nervosité, l'anxiété ou l'insomnie, et un sur deux a déjà consulté un « psy », en changeant souvent de praticien ou en interrompant d'eux-mêmes la prise en charge⁽¹¹⁾.

- L'intérêt des unités post-urgence et des unités de court séjour spécifiques

L'hospitalisation des jeunes suicidants devrait donc être un moment clé pour faire le point sur ces différents « accidents de parcours », comprendre ce qui n'a pas été opérant jusque-là, et tenter d'améliorer l'adhésion (compliance) aux soins des adolescents concernés et de leur famille. Aujourd'hui, malgré l'afflux des admissions aux urgences, dans la plupart des hôpitaux français les jeunes mineurs bénéficient en relais d'un bref séjour hospitalier en pédiatrie, en médecine ou en psychiatrie. Ces dernières années, beaucoup de structures se sont dotées de petites unités post-urgence qui leur sont réservées, et qui permettent d'améliorer tant l'évaluation que l'inventaire des options d'orientation ultérieure et l'adhésion effective des jeunes aux modalités de suivi envisagées. Des efforts restent à entreprendre au sujet de l'hospitalisation post-urgence des jeunes majeurs qui sont d'autant plus nombreux à refuser les offres de soins que le dispositif qu'on leur propose est moins spécifique (peur de la psychiatrie générale, refus des séjours excédant une à deux semaines, démarche contestée ou peu soutenue par les familles, etc.). Et les contacts qu'établissent les médecins hospitaliers avec les omnipraticiens méritent d'être enrichis, sachant qu'ils améliorent nettement la compliance des jeunes patients.

Dans certains centres hospitaliers, il existe des unités de court séjour plus ou moins spécifiques. Au sein du CHU de Bordeaux, celle du centre Abadie a été la première du genre à accueillir en relais des urgences les adolescents suicidaires (encadré 3, p. X). Brest, Clermont-Ferrand, Marseille, Nantes, Paris sont notamment dotées de telles structures dont chaque agence régionale de santé (ARS) peut indiquer le lieu et les modalités de fonctionnement. •

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Inserm-CépiDc. Causes médicales de décès en France, année 2010, Le Vésinet, Inserm, 2011.
 2. Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? In: La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, octobre 2000, Fédération française de psychiatrie, Paris, John Libbey Eurotext, 2001: 185-96.
 3. Aouba A, Péquignot F, Camelin L, et al. La mortalité par suicide en France en 2006. Études et Résultats, DREES, n° 702, 2009.
 4. Beck F et al. Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans. In : Beck F, Richard JB (dir.), Les

comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre santé 2010. Paris, Inpes, 2013: 235-49.
 5. Choquet M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. In: La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, octobre 2000, Fédération française de psychiatrie, Paris, John Libbey Eurotext, 2001: 119-29.
 6. Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicide et tentatives de suicide en France, Études et Résultats, DREES, n° 488, 2006.
 7. Choquet M, Pommereau X, Lagadic C. Les élèves à l'infirmerie scolaire: identification et orientation des jeunes à haut risque, Paris, Éditions Inserm, 2001.

8. Pommereau X. L'adolescent suicidaire. 3e édition. Paris: Dunod, 2005.
 9. Pommereau X, Brun M, Mouette JP. L'adolescence scarifiée. Collection L'œuvre et la psyché. Paris, L'Harmattan, 2009.
 10. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations professionnelles de bonnes pratiques. Paris, 1998.
 11. Choquet M, Granboulan V. Les jeunes suicidants à l'hôpital, Paris, Éditions EDK, 2004.

Le diagnostic relève déjà de l'interdisciplinarité

Dr Michel Hofmann (michel.hofmann@imm.fr), Pr Maurice Corcos, Institut Mutualiste Montsouris, Paris

La question du diagnostic de dépression chez l'adolescent pose celle de la définition d'une telle entité (encadré 1). S'intégrant dans la description du parcours de soins, cet article s'appuiera sur les critères des classifications internationales les plus accessibles en pratique pour porter le diagnostic ; cette tâche souvent difficile, première étape décisive de la prise en charge, relève de la coopération de différentes spécialités. À côté de l'enjeu du diagnostic précoce, se pose très souvent en médecine de premier recours le problème de l'accompagnement de l'adolescent et de ses parents vers l'acceptation d'un suivi psychiatrique, donc de l'annonce de la maladie.

Comme souvent en psychiatrie, affirmer le diagnostic nécessite d'exclure des pathologies somatiques pouvant mimer un tableau psychiatrique. Dans le cas du syndrome dépressif, il faut donc écarter, parmi les multiples diagnostics différentiels possibles, les troubles endocriniens (dysthyroïdie, diabète), les cancers, de nombreuses maladies chroniques (douleur chronique, insuffisance rénale), la mononucléose infectieuse, une anémie, une carence vitaminique, une dénutrition. Certains médicaments peu-

vent également induire un syndrome dépressif iatrogène, tels les corticoïdes ou, selon certains auteurs, l'isotrétinoïne⁽⁴⁾.

Une difficulté du diagnostic est la présence physiologique de mouvements dépressifs dans la phase développementale constituée par l'adolescence⁽⁵⁾. Si les affects « dépressifs » (ennui, morosité, « déprime ») font ainsi partie des visages normaux de l'adolescence, la perte du caractère fluctuant de la vie émotionnelle au profit d'un tableau dépressif figé, ou la sévérité d'une symptomatologie qui entraverait le développement, sont les repères sémiologiques qui permettent de reconnaître les états pathologiques.

1. Définition de la dépression : entité syndromique ou fonctionnement psychique ?

Dans ce cas particulier comme dans le reste de la psychiatrie, de multiples points de vue s'opposent. Aussi, le vocable de dépression prend des sens différents suivant qu'on se situe dans l'optique du diagnostic catégoriel, actuellement pratiqué par les classifications internationales, ou de la psychopathologie psychanalytique, pour ne citer qu'elle. Entité syndromique définie par la présence en nombre suffisant d'items prédéfinis dans le premier cas, elle correspond dans le second à une modalité du fonctionnement psychique survenant de façon normale dans le développement, et pouvant réaliser, dans le cas d'une installation pathologique, des tableaux symptomatiques variés dont celui décrit par le diagnostic catégoriel. Cette vision psychopathologique du diagnostic est employée dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)⁽¹⁾, par exemple. Son usage requiert des connaissances spécialisées qui dépassent le cadre de cet article. Nous ne développeront donc que les données relatives à l'approche catégorielle du diagnostic de dépression sous son avatar le plus courant dans la presse psychiatrique internationale, c'est-à-dire le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*)⁽²⁾. Si les critères des classifications internationales n'ont pas fait l'objet d'études de validité ou de fiabilité spécifiques chez l'adolescent⁽³⁾, ils ont l'avantage d'être plus accessibles.

L'épisode dépressif majeur, référence centrale du diagnostic catégoriel

L'épisode dépressif caractérisé, dit « majeur » (EDM), est le tableau le plus proche de celui décrit chez l'adulte, et constitue la référence centrale du diagnostic catégoriel de dépression. L'EDM se définit par une rupture du fonctionnement habituel, caractérisé par des symptômes se maintenant depuis plus de deux semaines et engendrant des difficultés et une souffrance sociales et relationnelles. Ces symptômes doivent être quasi omniprésents, dans presque toutes les activités. Le diagnostic requiert la présence d'au moins cinq symptômes parmi une liste de neuf, les deux premiers devant être nécessairement présents (encadré 2).

Outre la possibilité que l'humeur triste puisse être remplacée par l'irritabilité, un amaigrissement par un arrêt de la croissance, les items définissant l'EDM chez l'enfant et l'adolescent et chez l'adulte sont identiques. De récentes données épidémiologiques sur la validité de l'équivalence irritabilité/tristesse chez l'adolescent tendent néanmoins à limiter celle-ci⁽⁶⁾.

Enfin, il convient de noter différentes remarques cliniques^(3,5) :

- la présentation triste (« masque dépressif ») est plus rare que chez l'adulte, le ralentissement psychomoteur souvent absent et l'inhibition motrice connaît de régulières levées transitoires, le temps d'une activité par exemple, qui ne doivent pas exclure le diagnostic ;
- au contraire, les symptômes d'excitation motrice et d'agitation sont plus souvent présents chez l'adolescent dépressif ;
- les adolescents se plaignent rarement de « tristesse », mais emploient plus les termes relatifs à l'ennui, voire l'exaspération ;
- les hallucinations et les plaintes somatiques, plus fréquentes dans les dépressions de l'enfant, régressent avec l'âge au profit des symptômes appartenant plus aux affects et au discours, tels que le pessimisme, la culpabilité et l'anhédonie.

D'autres tableaux cliniques s'intègrent dans le cadre de la dépression

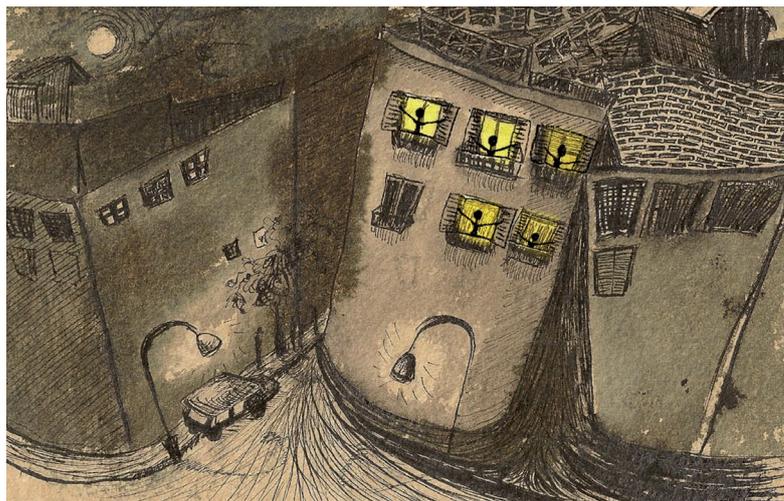
• Dysthymie (ou trouble dépressif persistant)

Le diagnostic nécessite la présence d'une tristesse et de deux autres symptômes dépressifs d'intensité modérée depuis plus d'un an (deux ans chez l'adulte). C'est une dépression chronique, mais peu intense. On appelle « double dépression » la survenue d'un EDM sur une dysthymie.

• Dépression unipolaire ou phase dépressive d'un trouble bipolaire

Le trouble bipolaire, autrefois considéré comme absent à l'adolescence, serait en fait fréquemment présent dès cette période du développement (20 à 40 % auraient commencé à l'adolescence)⁽⁷⁾. Cependant, des caractéristiques sémiologiques spécifiques à cet âge rendent son diagnostic plus difficile :

- fréquence des épisodes mixtes ;
- fréquence des hallucinations acoustico-verbales, de la confusion⁽⁵⁾.



Parmi les symptômes de l'épisode dépressif majeur, les troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie)

D'autres caractères, communs aux tableaux présentés par les patients adultes, permettraient de suspecter le diagnostic :

- antécédents familiaux de troubles cycliques de l'humeur ;
- début des épisodes brutal et sans cause déclenchante évidente (effet interrupteur) ;
- virage maniaque sous antidépresseur.

Au total, ces épisodes devant faire évoquer un trouble unipolaire ou bipolaire ont donc une présentation moins bien différenciée (entre composantes délirante et thymique, manie et dépression) que leurs équivalents chez l'adulte.

• Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

Il s'agit de l'apparition de symptômes d'anxiété ou de la série dite « dépressive », apparaissant

2. Les neuf symptômes caractérisant l'EDM

- Humeur dépressive, avec tristesse ; chez l'enfant et l'adolescent, l'irritabilité peut remplacer cette dernière
- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir (anhédonie)
- Variation pondérale (gain ou perte, voire simple stagnation de la croissance) en l'absence de régime
- Trouble du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
- Fatigue ou perte d'énergie (asthénie)
- Excitation ou ralentissement psychomoteur
- Diminution de la concentration (aprosexie), de l'aptitude à penser ou à prendre des décisions
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité
- Idées morbides ou suicidaires récurrentes, tentative de suicide

Dépression de l'adolescent

3. Des comorbidités somatiques et psychiatriques

De multiples pathologies somatiques (asthme, troubles digestifs, maladies engageant le pronostic vital) présentent un risque d'association élevé avec une dépression, à l'adolescence.

Les comorbidités psychiatriques sont extrêmement fréquentes, présentes dans 50 à 70 % des cas d'EDM par exemple⁽⁷⁾. Les comorbidités anxieuses (angoisse de séparation, trouble panique, phobies) sont les plus fréquentes (40 à 70 % des EDM, jusqu'à 40 % des dysthymies) et sont des facteurs de risque et de mauvais pronostic reconnus. Les troubles du comportement (troubles des conduites, trouble oppositionnel avec provocation) sont associés dans des proportions variables (de 20 à 80 %), surtout chez les garçons, ainsi que les consommations de toxiques (de 20 à 30 %). Les plaintes corporelles, les troubles du comportement alimentaire (TCA) peuvent se trouver au premier plan, notamment chez les filles.

4. Évaluation de la sévérité, risque suicidaire

Les caractères de sévérité d'un épisode dépressif, l'évaluation du risque suicidaire, diffèrent assez peu en première analyse de ce qui existe chez l'adulte : la force du retentissement, somatique, social, scolaire, la présence d'un caractère délirant, d'un risque suicidaire important font la gravité.

Le risque suicidaire (voir p. XX) peut être évalué à travers le modèle risque (facteurs de risque, tels que les antécédents suicidaires, la pathologie psychiatrique, et facteurs de protection) – urgence (planification suicidaire), dangerosité (disponibilité et caractère léthal du moyen envisagé).

La rareté chez l'adolescent du ralentissement psychomoteur, typique du syndrome dépressif adulte, constitue ici une difficulté : des dépressions mélancoliques à risque suicidaire important se présentent ainsi sans ralentissement observable, ce qui souligne l'importance de l'attention accordée au discours du jeune patient.

Une autre spécificité est la nécessité de l'évaluation de l'entourage familial, dont un patient adolescent dépend plus qu'un patient adulte, et le recueil parfois crucial de leurs observations.

trois à six mois après l'exposition à un stress, et ne durant pas plus d'un an. Les différences avec l'EDM étant, pour le diagnostic, le lien très clair avec un événement de vie préalable et désigné comme causal, et, pour l'évolution, l'absence des récurrences à l'âge adulte (fréquentes après une dépression non réactionnelle).

- **Équivalents dépressifs**

La dépression peut, à l'adolescence, être couverte de nombreux masques, plus ou moins trompeurs : troubles des conduites (passages à l'acte violents, délictueux, transgressions, fugues, agressivité), phobie scolaire ou toxicomanie, touchant plus souvent les garçons ; troubles mettant en jeu l'image du corps (plaintes somatiques, trouble du comportement alimentaire [TCA]), touchant

plutôt les filles⁽⁶⁾. En fait, de nombreux tableaux symptomatiques, paraissant parfois à l'opposé d'un tableau dépressif, doivent faire rechercher une dépression sous-jacente. Une hyperactivité peut ici marquer la lutte du patient contre les affects dépressifs, son refus ou sa crainte de les laisser s'exprimer ; la prise en charge peut alors conduire à l'abandon de cette lutte et l'expression d'une symptomatologie dépressive typique.

Diagnostiques différentiels psychiatriques : le repérage sémiologique s'inscrit parfois dans la durée

- **Syndrome dépressif secondaire**

Une intoxication chronique aux toxiques (alcool) ou la dénutrition consécutive à une anorexie mentale peuvent induire un syndrome dépressif secondaire dont le traitement sera le traitement du trouble premier. Une difficulté particulière est ici de distinguer les cas où la dépression est une conséquence de l'autre trouble de ceux où elle l'accompagne, le cause, voire s'exprime par lui (équivalents dépressifs, dépressions masquées). Parfois, seul un traitement séquentiel des troubles permet de faire la part des choses.

- **Décompensation psychotique à l'adolescence**

Une décompensation psychotique peut, à l'adolescence, prendre un visage évoquant un état dépressif. L'infléchissement des résultats scolaires, accompagné de difficultés évoquant des troubles cognitifs avec diminution des capacités d'attention et de concentration, constitue une expression symptomatique commune, de même que les perturbations du rythme nyctéméral. Chez un jeune auparavant très bon élève, ce type d'évolution peut typiquement prendre le visage d'un hyperinvestissement scolaire improductif, où il s'acharne à faire ses devoirs au prix de son sommeil et de toutes les autres activités (repas, toilette, jeux, vie sociale). Des repères sémiologiques importants sont l'intensité des débordements anxieux, paroxystiques dans les états psychotiques, pouvant faire suspecter des hallucinations associées, et des comportements plus ou moins bizarres, à type de tentative de fuite de l'angoisse, par exemple. Un autre repère sémiologique est constitué par la désorganisation de la pensée dans les psychoses, dont le patient peut témoigner parfois avec douleur.

L'annonce diagnostique conditionne les soins

La loi impose qu'un soin ne peut être dispensé à un mineur sans l'autorisation des représentants de l'autorité parentale. Par conséquent, les parents doivent naturellement être impliqués dans une annonce diagnostique, implication qui a une importance cruciale pour les soins à venir.

Outre cette question du cadre de l'annonce diagnostique, se pose celle de son contenu. La question de l'annonce de la maladie fait l'objet de réponses très variées de la part des différents courants de la psychiatrie. Certains recommandent d'éviter une annonce diagnostique trop précise, susceptible de devenir une étiquette, voire une identité pour le patient ou son entourage ; pour d'autres, l'annonce diagnostique doit être aussi explicite que possible, comme le premier temps de la psychoéducation du patient et de sa famille. Nous opterons pour une attitude intermédiaire : s'il nous paraît important et utile d'annoncer l'existence d'une pathologie au patient et à ses parents pour qualifier la nature de la situation et motiver la nécessité d'une prise en charge, l'annonce rapide d'un diagnostic trop précis nous paraît souvent hasardeuse et dénuée d'apport net pour le premier temps des soins. En termes d'éducation thérapeutique, il nous paraît important de dénouer la confusion qui peut exister dans le cercle familial entre la pathologie présentée par le patient et un problème éducatif d'une part, de manque de volonté d'autre part.

Praticiens libéraux, service public, hôpital

Le diagnostic de dépression chez un adolescent devrait associer des médecins de différentes spécialités : le pédiatre ou le généraliste pour tirer le signal d'alarme, écarter les diagnostics différentiels somatiques et prendre en charge les pathologies somatiques souvent concomitantes, le (pédo)psychiatre pour confirmer ou établir le diagnostic de dépression et des affections psychiatriques associées (encadré 3).

Des examens complémentaires ciblés, guidés par la clinique (bilans thyroïdien, rénal, ionogramme sanguin, glycémie, NFS, imagerie cérébrale, etc.), peuvent être requis pour exclure une pathologie somatique ou évaluer le retentissement.

Le diagnostic psychiatrique peut être aidé par l'usage d'outils d'évaluation standardisés, généralement plus orientés vers la recherche, et les

tests psychologiques (notamment évaluation du fonctionnement cognitif (QI) ou de la personnalité [Rorschach, TAT]).

Idéalement, tous les patients adolescents suspectés de présenter une pathologie psychiatrique devraient bénéficier d'une évaluation par un psychiatre, notamment vis-à-vis du risque suicidaire (encadré 4). Toutefois, il est parfois difficile d'adresser à un psychiatre un patient (ou une famille) dénué(e) de demande ou de

Le diagnostic de dépression chez un adolescent devrait associer des médecins de différentes spécialités

motivation ; le travail d'accompagnement à l'acceptation d'une prise en charge psychiatrique constitue alors une tâche essentielle.

Outre les praticiens libéraux, le service public de la santé fournit des structures psychiatriques d'accueil (centre médico-psychologiques [CMP], centres médico-psycho-pédagogiques [CMPP], services de psychiatrie de l'adolescent, Maisons des adolescents) auxquelles peut être adressé un adolescent en difficulté psychique sans contrepartie financière, permettant en particulier l'accueil des patients démunis ou isolés. Enfin, l'existence d'un risque suicidaire immédiat ou la sévérité d'une affection peuvent nécessiter le recours à un accueil aux urgences d'un hôpital, en vue notamment d'une mise en sécurité rapide (hospitalisation, voir l'article de X. Pommereau, en p. X). •

Michel Hofmann déclare avoir participé à des week-end de formation organisés et financés par Servier et BMS-Otsuka.

Maurice Corcos déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

- Misès R (dir.) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. R-2012, 5e édition. Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2012.
- DSM-V, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Association américaine de psychiatrie, 2013.
- Purper-Ouakil D. Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chapitre 13. La dépression. Elsevier Masson SAS, 2007.
- Shashi B, Subhash B. Childhood and adolescent depression. Am Fam Physician. 2007 Jan 1;75(1):73-80.
- Catry C, Braconnier A, Marcelli D. Dépressions à l'adolescence. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-214-A-10, 2007.
- Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, et al. Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the great smoky mountains study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 Aug;52(8):831-40.
- Bonnot O. États dépressifs à l'adolescence. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Traité de médecine Akos 7-0354, 2009.

Prendre le temps de rencontrer l'adolescent :

Dr Guillemette Balsan (guillemette.balsan@imm.fr), Pr Maurice Corcos (Institut mutualiste Montsouris)

La prise en charge de la dépression à l'adolescence est globale, intégrant une double dimension individuelle et familiale. La psychothérapie constitue l'essentiel du traitement et le médecin se prescrit avant tout lui-même comme thérapeute. La prescription de la fluoxétine, seul antidépresseur ayant l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, n'intervient que moins souvent et en deuxième intention ; elle doit faire l'objet d'un avis pédopsychiatrique. Dans la prise en charge de la dépression chez l'adolescent, la fonction de coordinateur des différents niveaux de soins du médecin généraliste est essentielle. Ce dernier est non seulement en première ligne dans son rôle de dépistage, et de ce fait pour la mise en place d'une réponse initiale à la souffrance psychique de l'adolescent, mais son statut moins inquiétant que celui du psychiatre et plus familier s'il a été le médecin de l'enfance lui confère une place privilégiée.

Il est nécessaire de proposer une continuité entre repérage, diagnostic et prise en charge thérapeutique. Ainsi, le temps de l'évaluation ne peut être séparé de celui de l'action thérapeutique. Les premières consultations avec le médecin généraliste ont pour objet, outre l'évaluation diagnostique, l'information sur la maladie et la création d'un début d'alliance avec le jeune et sa

alors même que la symptomatologie dépressive « classique » peut être masquée par une hostilité, une agitation, voire une agressivité avec une hyperréactivité à « fleur de peau » ou encore par des comportements d'opposition et un négativisme ; tableau souvent trompeur et qui suscite des contre-attitudes peu empathiques. Il n'est pas inutile de rappeler ici que tous ces comportements défensifs n'ont rien d'intentionnel. La fluctuation des symptômes comme leur amélioration parfois presque « magique » après une première consultation ne doit pas non plus égarer et faire écarter le diagnostic retenu avec les éléments d'anamnèse recueillis initialement ; d'où ici la nécessité d'impliquer aussi les proches, en particulier les parents, dans la prise en charge et l'évaluation de l'évolution clinique, et surtout de prendre le temps de rencontrer l'adolescent.

Évaluation diagnostique et actions thérapeutiques sont indissociables

famille, de même que la recherche de premiers effets thérapeutiques.

Les premières consultations avec le médecin généraliste permettent de proposer le cadre et les objectifs de soin

L'attention portée à la dynamique de changement d'une consultation à l'autre, voire au cours de la consultation elle-même, est un des éléments décisifs de l'évaluation clinique et donne une idée de la sensibilité à l'étayage du jeune, de sa capacité à pouvoir se saisir du soutien de cet espace tiers dans sa fonction de réassurance narcissique et de son potentiel à mobiliser ses « moteurs » de vie.

D'où l'importance de l'écoute bienveillante du médecin pour accueillir la souffrance exprimée,

La prise en charge initiale est le plus souvent ambulatoire, sauf en cas d'urgence somatique ou psychiatrique. Dans certains cas, une orientation vers un spécialiste ou autre acteur de soins pourra être nécessaire.

Les premières consultations auprès du médecin généraliste vont permettre de définir les objectifs et le cadre des soins avec l'adolescent et la famille :

– certes, la diminution en intensité jusqu'à l'amendement puis la résolution des symptômes dépressifs quand ils entravent le développement de l'adolescent (rémission des symptômes),

fondement du continuum thérapeutique

avec notamment le souci de parer au risque suicidaire ;

– la prise en compte des facteurs de risque ou comorbidités (usage de toxiques, troubles des conduites alimentaires, troubles anxieux), ainsi que de la dynamique familiale (porteuse, instable ou dysfonctionnante) ;

– la prévention secondaire en termes de diminution du risque de récurrence (nouvel épisode) et de l'intensité des rechutes (récurrence des symptômes). Mais tout moment dépressif chez un adolescent n'a pas pour destin inéluctable d'évoluer vers un trouble de l'humeur chronique !

– avant tout, il s'agit d'offrir les conditions de réaménagements du fonctionnement psychique permettant de retrouver une vitalité affective, intellectuelle, relationnelle, avec un réinvestissement des apprentissages ou d'un projet professionnel.

La psychothérapie constitue l'essentiel du traitement de la dépression chez l'adolescent

Tous les autres éléments de la stratégie de soins (cadre de la thérapie, médicaments, appui de l'entourage) visent à permettre le travail de changement qui s'impose, au moment où il sera possible et selon la durée nécessaire, avec les aménagements idoines.

Travail de relation à soi et à l'autre. Relation à soi ébranlée par les métamorphoses/pubertaires, contraignant à un travail d'appropriation de soi corporel et psychique. Relation à l'autre : en premier lieu la famille avec une renégociation de la place de chacun à ce moment de la vie, mais aussi le groupe de pairs, et une incitation à l'ouverture au monde (« aimer ailleurs ») dans une tension de temporalisation entre un avant et un après, celui des projets à construire pour un avenir adulte avec parfois le deuil des rêves que l'on faisait enfant, source de désillusion ou de désenchantement.

C'est toujours la relation qui soigne, qui est centrale dans les processus thérapeutiques. Le travail avec l'adolescent exige un ajustement

permanent de la distance (ou de la proximité) à l'autre qui s'étaie le plus souvent sur une médiation-espace tiers pour tisser du lien, support d'une continuité qui soutienne la relance du processus d'autonomisation-individuation-subjectivation alors gelé dans le temps de dépression.

Le symptôme est une adresse à l'autre. Le soin doit donc proposer à l'adolescent une réponse, celle de se dégager du symptôme en s'engageant dans la rencontre avec l'autre : travail d'apprivoisement relationnel grâce à un cadre dont les variantes sont fonction des capacités du jeune à supporter de s'ouvrir à l'altérité sans se perdre (à s'offrir des supports d'identification qui nourrissent, parachèvent la construction de son identité et non la menacent selon le paradoxe de cette dualité entre besoin-désir des autres et besoin-désir d'affirmation de soi).

L'évaluation de l'efficacité des psychothérapies fait l'objet depuis quelques années d'un débat au niveau international (encadré 1, p. XX).



L'apprivoisement relationnel est le fondement du soin

Dépression de l'adolescent

- **Psychothérapie de soutien par le médecin généraliste**

En premier lieu, avant toute prescription médicamenteuse, le médecin doit se prescrire lui-même comme thérapeute. En pratique, la thérapie de soutien par le médecin généraliste consiste à voir le jeune, seul et avec ses parents, souvent et régulièrement. Prendre le temps de le rencontrer, un temps relationnel fondé sur une écoute empathique et active (et non dans l'attente d'une demande... celle-ci étant incarnée dans et par le symptôme). Le médecin va aborder avec l'adolescent les problématiques qui le font souffrir. Il lui accorde de l'attention, en s'inquiétant aussi de son sommeil, de son alimentation, de ses rythmes de vie, et l'incite à prendre soin de lui-même. Une attitude chaleureuse et sans emprise renforce l'estime de soi pour restaurer l'espoir d'une ouverture. Le médecin va soutenir les projets scolaires ou de loisirs de l'adolescent qui l'aident ainsi à déplacer ses investissements à l'extérieur du cercle familial et à retrouver un plaisir de fonctionnement. Activités qui sont une source de satisfaction et concourent à une meilleure image de soi.

Le médecin généraliste peut être amené à prescrire une psychothérapie plus spécifique, qui demeure toujours le traitement de première intention chez l'adolescent souffrant de dépression^(1, 2).

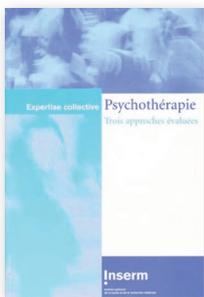
- **Psychothérapie structurée : à adapter aux spécificités de la relation thérapeutique à l'adolescence**

En pratique, l'indication d'une psychothérapie « structurée » à l'adolescence ne repose jamais sur le seul critère catégoriel de dépression : elle nécessite une évaluation préalable approfondie et un travail préparatoire pour permettre à l'adolescent d'accéder au travail psychothérapeutique^(3,4). Cette évaluation et cette préparation peuvent être réalisées par le psychiatre auquel le jeune aura été adressé, ou encore par le psychothérapeute lui-même dans des séances préliminaires à un engagement au plus long cours dans un travail de psychothérapie avec l'adolescent.

Trois grands axes permettent de distinguer les techniques psychothérapeutiques à l'adolescence⁽³⁾ : la théorie qui la sous-tend ; le nombre et le groupe de sujets impliqués (patients ou thérapeutes) – thérapie individuelle, thérapie

1. La prescription d'une psychothérapie : quelles preuves d'efficacité ?

En France, le rapport d'expert de l'Inserm* critique d'une part l'importance accordée aux essais randomisés contrôlés, et d'autre part l'abord essentiellement syndromique de la dépression, faisant grand cas d'une évaluation en termes quantitatifs au détriment d'une approche plus dimensionnelle qui pourrait donner plus de poids à la logique qualitative des processus psychothérapeutiques. De fait, les essais randomisés s'intéressent surtout à l'effet sur les symptômes quantifiés, et ce le plus souvent à court terme (synthésisé en termes de réponse, rémission, diminution). Or le but du traitement ne peut pas être réduit à l'amendement des symptômes, mais il doit surtout offrir à l'adolescent les



conditions de reprendre un développement, un déploiement de ses potentialités un temps entravées. Les changements qualitatifs peuvent survenir en dépit de la persistance de symptômes dépressifs. Ces modifications ne peuvent être évaluées uniquement par la quantification symptomatique, quasi seul critère de jugement des essais randomisés dont la méthodologie apparaît plus adaptée à certaines approches psychothérapeutiques répondant mieux aux critères catégoriels (thérapies cognitivo-comportementales [TCC] classiques et thérapies interpersonnelles) qu'aux thérapies psychanalytiques ou systémiques, ou les TCC dites cognitivo-émotionnelles. Il est indispensable de tenir compte de la complexité de la di-

mension relationnelle pour pouvoir évaluer l'efficacité des thérapies, ce qui n'est guère possible avec une approche uniquement quantifiée des symptômes, méthode calquée sur les essais thérapeutiques médicamenteux. Il ne s'agit pas de mesurer des effets relevant d'une logique causale linéaire, mais d'évaluer des processus qui conduisent à des transformations progressives non directement observables ou pour le jugement desquelles les outils actuels de recherche sont inadéquats. Néanmoins, selon les études menées, les quatre techniques psychothérapeutiques citées plus haut sont efficaces globalement en termes d'amélioration des symptômes dépressifs et du fonctionnement général du jeune, comparativement à l'absence de traitement. Par contre, si l'on retient comme éléments d'évaluation les seuls critères catégoriels, il n'y a

pas de différence significative entre ces diverses approches et un soutien relationnel simple tel qu'il peut être proposé lors de soins non spécifiques.

Il semble que l'efficacité de la thérapie reposerait davantage sur des facteurs qualitatifs comme la connaissance des spécificités développementales de l'adolescent, les aptitudes relationnelles du thérapeute (en particulier son adaptation aux particularités relationnelles et au travail avec la famille), la capacité du thérapeute à adapter son cadre théorique et son action thérapeutique sur des critères plus complexes que les seules caractéristiques diagnostiques de la dépression, dont certains éléments n'émergent que dans l'actualité de la rencontre thérapeutique.

* Institut national de la santé et de la recherche médicale. Psychothérapies. Trois approches évaluées. Paris : Inserm, 2004.

de groupe, thérapie familiale ; le recours à une médiation, qu'elle soit corporelle ou artistique. Le choix de la technique psychothérapeutique doit être adapté aux modalités de fonctionnement psychique du patient ainsi qu'à ses inclinations.

Il est souvent capital à l'adolescence d'adapter le cadre classique des psychothérapies du fait des spécificités de la relation thérapeutique à l'adolescence avec en particulier le risque d'emprise, et ses deux écueils, la séduction que peut exercer à son insu le thérapeute idéalisé, et à l'inverse l'exercice d'une morale éducative.

Un des enjeux psychothérapeutiques est de trouver la « bonne » distance avec l'adolescent. La thérapie a une fonction première de « holding » ou contenance, de pare-excitation ; accueillir le symptôme, avec empathie et compréhension. Un temps de présence effective pour offrir la possibilité d'une continuité, un lien fiable qui résiste aux « attaques ».

Les thérapies à médiations et de groupe ainsi que le psychodrame psychanalytique sont indiqués pour les patients qui s'expriment davantage par les agirs et le corps, et qui sont en difficulté pour reconnaître les conflits internes et exprimer leurs affects. Les thérapies à médiations culturelles ou créatives facilitent alors l'engagement relationnel et thérapeutique. Les thérapies individuelles (en France le plus souvent d'inspiration psychanalytique) peuvent être proposées quand l'adolescent est capable d'association et d'introspection, et exprime un intérêt quant à son propre fonctionnement psychique.

Les approches psychothérapeutiques familiales peuvent être nécessaires quand la dynamique familiale est perturbée ; dysfonctionnement qui est peut-être vecteur de pérennisation des symptômes de l'adolescent.

- **La thérapie bifocale pour étayer le travail psychothérapeutique**

La thérapie bifocale⁽³⁾ est un modèle de collaboration thérapeutique entre le médecin consultant (prescripteur de la psychothérapie) et le psychothérapeute. Le premier réalise un soin qui était le travail psychothérapeutique du second par la prise en compte voire l'intervention sur la réalité « externe » du patient (somatique, familiale, sociale, scolaire ou professionnelle). Il guide la curiosité de l'adolescent pour son monde interne et la psychothérapie (reconnaissance des affects dépres-

sifs, sollicitation de l'envie de comprendre, soutien de la confiance et de la motivation) et éventuellement prescrit et surveille un traitement psychotrope. L'espace et le temps de la psychothérapie seront ainsi préservés des implications externes permettant d'aborder alors une réalité plus intime dans la durée. Le psychothérapeute d'adolescent doit néanmoins être en mesure de communiquer

Plusieurs intervenants pour offrir « un espace relationnel élargi »

avec le médecin généraliste, ou le psychiatre (le référent du traitement), ou encore avec la famille.

Ce cadre est d'autant plus intéressant que l'adolescent a du mal à conflictualiser les situations de tension engagées dans la relation à l'autre. Le fait d'être plusieurs intervenants va lui permettre d'une part de diffracter la charge d'investissement transférentiel, contournant ainsi l'écueil d'un engagement trop intense, le plus souvent cause de rupture du traitement, et d'autre part d'utiliser cet espace pluriel comme support de projection de ses motions internes, « espace psychique élargi » s'offrant comme scène de jeu externe de son théâtre intérieur.

Qu'en est-il de la prescription d'un antidépresseur chez l'adolescent souffrant de dépression ?

En France en 2004, la fréquence de prescription annuelle de psychotropes dans la tranche d'âge des 15-18 ans, atteignait 5,5 % pour les filles et 2,6 % pour les garçons. Près d'un tiers de ces prescriptions sont des polyprescriptions associant le plus fréquemment antidépresseurs et benzodiazépines, antidépresseurs et antipsychotiques atypiques, antidépresseurs et autres anxiolytiques, antidépresseurs et antipsychotiques typiques. Le plus souvent, malheureusement, la prescription médicamenteuse est proposée en l'absence de solutions alternatives.

- **En aucun cas le traitement pharmacologique ne doit se substituer à la psychothérapie dans le traitement de la dépression chez l'adolescent.**

Il est toujours prescrit en deuxième intention en cas de non-amélioration ou d'aggravation

Dépression de l'adolescent



clinique, ou associé d'emblée à la psychothérapie en cas de tableau dépressif sévère.

Ce ne sont pas tant les effets de la molécule chimique qui sont importants, mais les conditions de prescription des psychotropes chez l'adolescent : d'où la nécessité de l'intégrer dans une prise en charge globale, individuelle et familiale. Il n'est pas éthique de laisser croire au patient qu'un effet psychotrope est spécifique d'une catégorie de trouble mental. Il doit être informé que la prescription n'est qu'un outil thérapeutique ; que prescrire ne signifie pas un dysfonctionnement cérébral (« maladie du cerveau ») face auquel il serait « passif », et que si le traitement médicamenteux peut être utile, parfois même indispensable, c'est l'ensemble de ses actions qui influencent son état psychique.

- De la complexité d'évaluer l'efficacité des antidépresseurs chez l'adolescent

Les données concernant l'efficacité et la tolérance des antidépresseurs chez l'adolescent sont extrêmement controversées dans la littérature scientifique et critiquables ne serait-ce que du fait de la publication pendant des années des résultats négatifs.

Nous retrouvons la même critique que pour l'évaluation des psychothérapies opposant efficacité et effectivité (ou « utilité clinique ») : le traitement compris dans une stratégie globale de soins invite à reconsidérer les critères de jugement des études expérimentales (focalisation sur l'efficacité d'une intervention isolée et ciblée, mesurée par une méthode expérimentale ; par exemple la diminution des symptômes dépressifs) pour des critères plus stratégiques (par exemple la capacité pour le patient d'entrer en relation).

Les critères d'évaluation dépendent des objectifs thérapeutiques visés : recherche-t-on la rémission des symptômes, ou bien une diminution de la souffrance ou de symptômes qui entravent les processus de pensée nécessaires au travail psychothérapeutique⁽⁴⁾.

La généralisation des résultats est limitée en raison de critères d'inclusion réduits à l'âge, et aux critères catégoriels (EDM) voire d'intensité (modérée à sévère), sujets à caution du fait d'une fidélité interjuge médiocre, et des critères nombreux d'exclusion (comorbidités comme les troubles du

comportement, et l'abus de substances ; la gravité : risque suicidaire, symptômes psychotiques). Dans la pratique clinique, l'adaptation aux particularités du patient tient compte de données autres que les seuls critères diagnostiques et souligne l'importance de l'évaluation qualitative du contexte et du fonctionnement psychodynamique par le clinicien pour le choix de la stratégie thérapeutique.

D'autres facteurs sous-estiment aussi l'intérêt des antidépresseurs⁽⁵⁾ comme en particulier l'importance de l'effet placebo à l'adolescence (jusqu'à 60 %), mais aussi l'analyse en intention de traiter, la non-prise en compte du défaut d'observance, ou l'inclusion de populations de dépressions non sévères.

A contrario, certains facteurs surestiment l'effet du traitement : biais de publication en faveur des essais ayant des résultats positifs (mais des méta-analyses récentes intègrent des essais non publiés^(6,7)) ; utilisation de placebos non actifs ; évaluation d'effets à court terme qui ne permet donc pas de conclure à l'intérêt des traitements à plus long terme.

- Polémique à propos de la fluoxétine

De fait, à ce jour, les données permettent de dire que les antidépresseurs de 2^e génération (inhibiteurs sélectif de la recapture de la sérotonine [ISRS] et non ISRS) sont statistiquement supérieurs au placebo pour améliorer les taux de rémission à court terme, la sévérité des symptômes et le fonctionnement général du patient ; mais en absence de données mesurées par un clinicien. Or un résultat statistiquement significatif ne l'est pas forcément cliniquement. En particulier pour la fluoxétine (Prozac, posologie de 20 à 60 mg/j), comparée au placebo, on observe une augmentation significative du taux de réponse à court terme (8-12 semaines) et des scores de dépression⁽⁸⁾. L'effet sur le fonctionnement et l'amélioration de la qualité de vie n'ont pas été démontrés.

En 2003, les Britanniques interdisent la prescription d'antidépresseurs avant 18 ans, hormis la fluoxétine. En 2004 et 2007, la FDA aux États-Unis alerte sur le risque suicidaire associé aux ISRS. Une position identique est prônée en 2005 par l'Agence européenne du médicament, et en 2008 par l'Afssaps.

Selon les recommandations de l'Afssaps de 2008, la fluoxétine est le seul antidépresseur à avoir l'AMM chez l'adolescent : les autres ISRS sont déconseillés

du fait du risque accru de comportements suicidaire et hostiles. Or ce risque est identique avec la fluoxétine, ce qui n'empêche que sa prescription soit recommandée par la HAS lorsque l'idéation suicidaire complique la dépression chez l'adolescent⁽⁹⁾.

Cependant, on relève un certain nombre d'éléments prolongeant la polémique, parmi lesquels le fait qu'aucun essai clinique n'a jamais rapporté de suicide « complété » dans les groupes traités⁽¹⁰⁾, ou que la fluoxétine n'apparaît pas plus à risque que le placebo ; ou encore qu'une étude américaine⁽¹¹⁾ montre une association négative entre la prescription d'antidépresseur et le suicide.

Au total, l'interprétation des résultats est complexe. Retenons qu'il est difficile de les généraliser, que les études qualitatives manquent, et qu'il est nécessaire de placer la pharmacothérapie comme une stratégie complémentaire de la psychothérapie, cette dernière permettant en outre de minimiser le risque suicidaire⁽¹²⁾. Celui-ci est, nous semble-t-il, dépendant de l'intensité et de la nature de la dépression (épisode mélancolique), du contexte environnemental (famille et pairs), de la qualité de la rencontre (mutative) avec le médecin, et d'une prescription qui ne serait qu'opératoire et technique, aggravant le désarroi d'un adolescent d'être incompris.

- **Les indications restent limitées**

En pratique, les indications de la prescription d'un antidépresseur chez l'adolescent souffrant de dépression sont très limitées. Ce traitement devrait idéalement être instauré et surveillé initialement par le médecin spécialiste en coordination avec le médecin généraliste.

Le Prozac (fluoxétine) est le seul antidépresseur ayant l'AMM dans l'Union européenne chez les jeunes de plus de 7 ans et de moins de 18 ans comme traitement de l'épisode dépressif majeur d'intensité modérée à sévère en l'absence de réponse à six séances psychothérapeutiques⁽¹⁾.

C'est-à-dire en présence :

- de symptômes qui empêchent la relation ;
- d'un déni des difficultés, qui se manifeste parfois par des défenses de type hypomaniaque ;
- d'une symptomatologie dépressive franche et durable avec ralentissement psychomoteur, difficultés de concentration et d'attention, retentissement scolaire, anorexie, asthénie, insomnie avec réveil précoce ;
- et a fortiori de caractéristiques mélancoliques : idées d'incurabilité, désespoir, pessimisme, perte

de l'élan vital, impossibilité de se projeter dans l'avenir avec péjoration de tout futur.

Il n'y a pas d'autres AMM dans cette indication et à cet âge pour les autres antidépresseurs. Leur prescription est déconseillée et leur maintien doit être interrogé. L'augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire (augmentation de l'irritabilité, de l'impulsivité) existe avec tous les antidépresseurs, y compris le Prozac, mais il est plus important avec la venlafaxine et la paroxétine. Les antidépresseurs tricycliques ne sont définitivement pas recommandés en raison des effets indésirables cardiovasculaires non tolérables (plusieurs cas de mort subite).

- **Modalités pratiques du traitement par fluoxétine**

Est-il nécessaire de réaliser un bilan pré-thérapeutique ?

Il est d'usage, si aucun bilan n'a été réalisé lors des derniers mois, de faire précéder la prescription d'un bilan de santé global avec évaluation clinique et paraclinique (poids, taille, indice de masse corporelle, stade de Tanner, tension artérielle, auscultation cardio-pulmonaire ; fonction rénale, hémogramme, fonction hépatique, TSH, glycémie à jeun, électrocardiogramme).

Il est nécessaire d'informer le patient et ses parents sur le principe d'action, la cible d'action, et les effets indésirables⁽¹³⁾.

L'augmentation du risque de passage à l'acte existe avec tous les antidépresseurs

Quelles règles de prescription, de surveillance, de sevrage ?

Il convient de débiter à demi-dose (soit 10 mg par rapport à l'adulte (fluoxétine 20 mg comprimés dispersibles sécables, ou 5 ml/20 mg en solution buvable) puis augmenter en 5 à 14 jours jusqu'à une posologie adulte de 20 mg/j si la molécule est bien tolérée. La modification de l'humeur n'est pas spectaculaire : il faut attendre en général 4 à 6 semaines pour une amélioration progressive de la symptomatologie.

L'antidépresseur doit être prescrit pour une durée de 6 à 12 mois au minimum après amélioration, ayant alors pour finalité la prévention des récidives.

Dépression de l'adolescent

Une surveillance régulière et rapprochée est impérative (encadré 2).

L'arrêt du médicament est à l'initiative du médecin, et nécessite une surveillance médicale. Il est réalisé progressivement, sur plusieurs semaines, dans le but de prévenir les rechutes. Si survient une résurgence symptomatique ou une anxiété chez le patient, la décroissance sera plus lente, et demandera éventuellement un retour au palier précédent plus longtemps avant de poursuivre la diminution. Il n'existe théoriquement pas de syndrome de sevrage avec la fluoxétine du fait d'une demi-vie longue, mais cela s'observe assez régulièrement en clinique adolescente. Il y a moins de risque de rechute lors de l'arrêt.

Suivi régulier par le médecin généraliste : essentiel dans la prise en charge de l'adolescent souffrant de dépression

Repérer une aggravation

Les consultations de suivi doivent permettre de repérer une aggravation qui demanderait une adaptation thérapeutique, voire une hospitalisation (encadré 3), qui n'a pas pour seul objectif la protection devant le risque de suicide, mais propose aussi un travail de séparation, ou de reprise des apprentissages.

2. Surveillance d'un adolescent sous fluoxétine

Le clinicien doit être vigilant quant au risque suicidaire majoré en cas d'hostilité et/ou d'agitation, avant et au décours de l'introduction du traitement (même si la relation entre antidépresseur et risque suicidaire est peu claire).

Une consultation hebdomadaire les premiers mois est fortement préconisée (voire bi-hebdomadaire les deux à trois premières semaines⁽²⁾). Le médecin devra en particulier être attentif aux éléments suivants :

- aggravation clinique (humeur, sommeil, investissements et intérêts [degré d'anhédonie], ralentissement psychomoteur ou agitation) ;
- changement de comportement inhabituel ;
- pensées et comportements suicidaires, automutilations ;
- anxiété, attaques de panique, irritabilité, hostilité, impulsivité ;
- symptômes indicateurs d'un virage maniaque ;
- par ailleurs, durant les deux premières semaines, surveillance des effets secondaires : nausées, céphalée, perte d'appétit, syndrome dyspeptique, troubles du transit fonctionnels (prévenir en amont le patient, et rassurer sur la fréquence de ces effets indésirables et leur caractère transitoire) ;
- surveillance des effets possibles sur la croissance staturo-pondérale et sur la maturation sexuelle : IMC, courbe de croissance staturo-pondérale, stade de Tanner. Après trois mois de traitement, un bilan endocrinien est recommandé, suivi d'une consultation avec un endocrinologue en cas de doute.

ges. Sa mise en place demande un temps préalable d'élaboration avec l'adolescent, les parents et l'équipe ou le médecin hospitalier, puis en aval, une coordination des soins ambulatoires lors de la sortie.

Le lieu d'hospitalisation tient compte de l'âge du patient, et de la symptomatologie indiquant les moyens nécessaires à mettre en œuvre selon l'offre de soins (trouble anorexique sévère nécessitant des soins intensifs en réanimation ou la proximité d'un service de médecine nutritionnelle ; état d'agitation majeure demandant un service capable de contenir l'angoisse du patient). Ce peut être dans un service de pédopsychiatrie, ou de psychiatrie adulte, s'il réunit compétences et structure adaptées pour accueillir un adolescent, mais également en pédiatrie ou en médecine.

- Coordonner le suivi d'éventuelles comorbidités psychiatriques

Le médecin généraliste organise aussi le suivi d'éventuelles comorbidités, dans la mesure du possible en coordination avec un psychiatre ou un service spécialisé.

L'anxiété, reconnue comme facteur de risque suicidaire accru dans la dépression, est présente chez 60 % des adolescents souffrant de dépression. Cette comorbidité anxieuse n'est cependant pas une indication à une prescription systématique d'anxiolytiques ou d'antipsychotiques ; ces psychotropes sont classés hors AMM chez l'adolescent dépressif. Si les anxiolytiques s'avèrent nécessaires, ils doivent toujours être prescrits sur une courte durée, de préférence après avoir sollicité l'avis d'un psychiatre... sans oublier la psychothérapie.

Les troubles de conduites alimentaires chez d'adolescent sont associés dans 30 à 50 % des cas à une dépression et doivent faire l'objet a minima d'une évaluation psychiatrique⁽¹⁴⁾.

L'intégration de l'épisode dépressif dans un trouble de l'humeur comme le trouble bipolaire est une question particulièrement d'actualité. Seule l'observation dans la durée permettra d'y répondre et le médecin traitant ne doit pas hésiter à adresser le patient à un confrère spécialiste en cas de doute ou de difficultés diagnostique et thérapeutique.

- Proposer si nécessaire des mesures concernant la scolarité

Les difficultés d'apprentissage peuvent être primaires ou secondaires à la dépression (diffi-

cultés de concentration, troubles mnésiques, asthénie, somnolence, retards et absentéisme) ou la conséquence immédiate de la thérapeutique (hospitalisation interrompant un temps la scolarité, effets indésirables du médicament). Soulager, déculpabiliser le patient, le temps de l'effet des traitements, parfois surseoir à la passation d'épreuves (brevet, baccalauréat : sessions de septembre), en fonction des comorbidités et de la sévérité de l'épisode, peut nécessiter de proposer un aménagement (mise en place d'un programme d'accueil individualisé, voire d'une scolarisation sous un autre mode permettant des soins institutionnels : soins-études par exemple, avec une scolarité intégrée en hôpital de jour ou en hospitalisation à temps plein ; demande de tiers-temps pour les examens quand les troubles de la concentration et l'anxiété sont invalidants). Le médecin doit pouvoir collaborer avec l'école : dans le souci de préserver le secret professionnel, il communique de préférence avec le médecin ou l'infirmier scolaire.

L'engagement du « médecin de famille » dans le soin est déterminant

Le suivi de l'adolescent avec les parents permet l'évaluation des symptômes et de leur retentissement, mais aussi l'accompagnement des changements dans le fonctionnement psychique et les interactions de l'adolescent avec le médecin, sa famille, ses amis, le milieu scolaire. L'objet des consultations est aussi d'interroger les répercussions sur la fratrie. Le médecin généraliste « médecin de famille » est alors l'interlocuteur privilégié des frères et sœurs de l'adolescent. Le suivi permet de discuter également de l'interruption éventuelle de la psychothérapie et/ou du traitement médicamenteux, en concertation avec les autres acteurs de soin. Le rythme et la durée du suivi sont fonction de la clinique et de la stratégie de soins mise en œuvre, mais surtout de l'engagement du médecin généraliste auprès de l'adolescent et de sa famille. La prise en charge thérapeutique d'un jeune souffrant de dépression nécessite avant tout que le médecin lui consacre du temps, un temps de soutien relationnel qui offre à l'adolescent de pouvoir se retrouver, se rassembler dans ce mouvement de régression qu'est la dépression, refuge nécessaire pour une traversée adolescente parfois chaotique. L'ensemble du

3. Critères d'hospitalisation au cours du suivi d'un adolescent déprimé

- Risque de passage à l'acte suicidaire (voir p. XX) ou hétéro-agressif
- Dépression sévère (signes psychotiques, dimension mélancolique, retentissement fonctionnel, retentissement somatique important)
- Contexte familial ou social complexe (maltraitance, abus sexuel) pour protéger le patient, ou dégradation des relations secondaire à la dépression
- Demande de l'adolescent
- Difficultés à mettre en place un suivi en ambulatoire suffisamment efficient

traitement est le fruit d'une collaboration impliquant l'adolescent, les parents, et parfois l'école et l'entourage au sens plus large du terme. Le bénéfice principal attendu des différentes mesures est la remobilisation des capacités d'investissement du patient, d'un plaisir à fonctionner, d'une créativité à déployer. •

Guillemette Balsan déclare n'avoir aucun lien d'intérêts
Maurice Corcos déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

1. 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.
2. Food and Drug Administration, 2004.
3. Lamas C, Corcos M, Jeammet P. Psychothérapies à l'adolescence. Encycl Méd Chir Pédiopsychiatrie 2007; 37-217-A-10.
4. Corcos M, Jeammet P. Les dépressions à l'adolescence. Paris: Dunod, 2005.
5. Hegerl U, Allgaier AK, Henkel V, et al. Can effects of antidepressants in patient with mild depression be considered as clinically significant? J Affect Disord 2012;138(3):183-91.
6. Beyondblue. Depression in adolescents and young adults. Clinical practice guidelines. Melbourne: Beyond Blue Lmd 2011.
7. Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, et al. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; issue 11:CD004851.
8. Ibid.
9. 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.
10. Dubicka B, Hadley S, Roberts C. Suicidal behaviour in youth with depression treated with new generation antidepressants: meta-analysis. Br J Psychiatry 2006;189:393-8.
11. Hazell P. Depression in children and adolescents. Clin Evid 2011; 2011(10): 1008.
12. Efficacité des traitements combinés antidépresseur et psychothérapie (TCC) en termes de rapidité de réponse, de maintien de la réponse et de sécurité. Ce qui renforce l'idée que l'accompagnement relationnel est essentiel (étude TADS: the Treatment for Adolescents with Depression Study : demographic and clinical characteristics. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(1):28-40).
13. Tout en n'oubliant pas que « la prescription s'inscrit à la fois dans l'histoire sociale, l'histoire familiale, et l'histoire du patient ». In: Corcos M, Jeammet P. Les dépressions à l'adolescence. Paris: Dunod 2005, p. 107.
14. Voir la synthèse de l'HAS : Anorexie mentale : prise en charge. Recommandation de bonne pratique, juin 2010.

Dépression de l'adolescent

entretien

« Du lien sinon rien »

Propos recueillis par **Brigitte Némirovsky**

Le lien, c'est d'abord celui que les acteurs de premier recours doivent établir entre « ce que montre l'adolescent » et sa dépression. C'est bien sûr le lien qu'il faut créer avec l'adolescent et le préserver. C'est enfin le lien qui doit unir tous les acteurs impliqués pour un soin coordonné. Autant de messages clés soulignés par le Pr Philippe Duverger (service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU d'Angers).



Pr Philippe Duverger
(phduverger@ch-angers.fr)

« Selon les données épidémiologiques et cliniques, il existe un sous-diagnostic, une sous-évaluation et donc un sous-traitement de la dépression de l'adolescent », constate le Pr Duverger. La difficulté est d'ordre clinique : « Sommes-nous dans le registre développemental, du classique attendu qui relève de la crise de l'adolescence, ou bien dans celui de l'adolescent en crise ? » Cette difficulté est inhérente au jeune lui-même qui veut signifier qu'il va mal tout en le cachant : « Je montre mon mal-être, mais je ne veux surtout pas en parler. » Ce double mouvement paradoxal est utilisé pour attirer l'attention et les conduites à risque prennent ici tout leur sens pour le repérage d'un adolescent en crise : « Derrière la grande majorité des conduites à risque, il y a le plus souvent des éléments dépressifs, mais le trouble du comportement vient occulter toute la subjectivité dépressive causale. »

Ne pas se laisser aveugler : danger de mort !

De même, les passages à l'acte de l'adolescent sont souvent des tentatives pour résoudre quelque chose, pour ne pas penser parce que penser est douloureux ; les tentatives de suicide sont des tentatives maladroites « d'exister autrement », d'advenir. « L'enjeu majeur du dépistage précoce de ces adolescents en crise est en effet le risque suicidaire. Il ne s'agit pas forcément d'un désir de mort mais d'un souhait d'en finir avec la souffrance liée à l'envahissement dépressif. C'est un message essentiel à délivrer aux acteurs de premier recours, médecins généralistes, médecins et infirmières scolaires... », affirme le Pr Duverger. Les données de la littérature montrent notamment dans l'après-coup que l'adolescent suicidaire avait le plus souvent déjà engagé plusieurs démarches avant le passage à l'acte, ces signes de souffrance ayant été méconnus.

Accompagner l'adolescent vers le soin approprié

Le travail de celui qui va rencontrer l'adolescent est donc difficile à plus d'un titre.

D'abord repérer, puis faire le diagnostic : « À partir d'une analyse clinique fine (fondée sur des grilles d'évaluation de la dépression mais surtout pendant l'entretien avec l'adolescent – 45 minutes), l'enjeu est d'accompagner l'adolescent vers l'option de soin la plus appropriée (le collègue psychiatre libéral ou le psychologue, l'hôpital, le CMP...). L'obstacle du délai est cependant souvent une réalité et c'est pour cela que le réseau ne doit pas être un simple carnet d'adresses mais doit relier des personnes qui se connaissent et communiquent régulièrement afin de réduire les délais de rendez-vous : une longue attente pour un adolescent en souffrance, cela n'a pas de sens... Il est important de travailler ensemble et pas seulement dans l'urgence. Par ailleurs, l'évaluation du degré d'urgence est fondamentale pour ne pas surcharger inutilement les services spécialisés. »

Ensuite, s'assurer que les soins adaptés suivront tout en conservant le lien avec l'adolescent : « Lorsqu'un adolescent se confie à une infirmière scolaire ou à un généraliste, c'est qu'il lui fait confiance. Ce n'est donc pas le moment de lui dire : "J'entends ce que tu me dis, il faut que tu ailles voir un psychiatre (ou un autre spécialiste)", mais celui de le rassurer : "J'entends ce que tu me dis, c'est important, il faut en faire quelque chose et je vais t'accompagner pour cela." L'éventuel relais vers le psychothérapeute ne doit pas être vécu comme un abandon : "Tu pourrais parler avec ce docteur-là, je le connais bien, c'est une personne en qui tu peux avoir confiance. Je te revois et tu me racontes comment cela se passe." L'adolescent pourra alors se saisir de quelque chose puisque, ainsi, on lui signifie que l'on compte sur lui, dans le sens d'une perspective de changement ».

« Soigner nos articulations ! »

Le Pr Duverger insiste sur le fait que « la qualité de nos soins dépend aussi, et peut-être surtout, de la qualité des articulations entre les différents acteurs, lesquels sont nombreux (infirmière scolaire, médecin de famille, généraliste, psychiatre, pédopsychiatre...). Or la lecture clinique n'est pas toujours partagée et donne parfois l'impression d'un travail en miettes, fait de confettis cliniques ». Autrement dit, si les moyens ne manquent pas, il n'y a toujours pas de continuité du lien entre toutes les possibilités de l'offre de soins (secteur libéral, services de pédopsychiatrie, de psychiatrie adulte, Maisons des adolescents, équipes mobiles, soins études...). « Il n'y a pas de défaut quantitatif de l'offre de soins mais un défaut de cohésion : adolescents repérés mais sans engagement dans le soin, adolescents suivis par plusieurs médecins successivement ou dans le même temps mais sans coordination. Nous réussissons de beaux instantanés mais pas de film... ».

Mieux travailler ensemble pour ne pas alimenter les conduites de rupture de l'adolescent

Pour soigner un jeune à plusieurs, il est fondamental de s'appuyer sur une continuité entre repérage, diagnostic et prise en charge. « Ainsi, le temps de l'évaluation ne peut être dissocié de celui de l'action thérapeutique. Repérer ne suffit pas ; pour s'engager dans l'étape du soin, il faut que le jeune ait été accompagné pour qu'il comprenne le souci que l'on se fait et la proposition de soin », explique le Pr Duverger.

De fait, comment améliorer l'articulation entre les interventions et les intervenants ? Comment travailler ensemble sans confusion ? Comment passer les relais ? « Il convient que chaque médecin de famille crée son réseau en soin psychiatrique car l'adolescent (d'autant plus s'il est déprimé) est très sensible à la manière dont le médecin à qui il se confie va assurer ses relais. Des propos du genre : "Tu ne vas pas bien, tu devrais voir un psychiatre", n'ont pas de sens pour lui... il n'y donnera pas suite. Et un conseil lapidaire de rendez-vous dans un CMP sera donné en vain neuf fois sur dix. Il y a une autre manière de dire et d'accompagner le jeune dans la continuité ; sinon, on alimente les conduites de rupture que l'adolescent met en scène : il s'agit de "prêter son appareil à penser à l'adolescent" (voir encadré).

Un premier travail pour le médecin de famille

« Il est donc indispensable aussi de soigner les liens entre nous : on ne peut pas adresser un adolescent déprimé à quelqu'un que l'on ne connaît pas ; on le confie à une personne que l'on connaît et que l'on appelle pour lui expliquer pourquoi », considère le Pr Duverger. S'il y a trois semaines d'attente, le médecin généraliste doit continuer à suivre l'adolescent dans l'intervalle, sinon la proposition de soin n'a aucun sens. Les adolescents sont très sensibles à « ce souci que l'on se fait pour eux » et, dans l'attente du rendez-vous, le médecin généraliste peut aider l'adolescent à progresser dans une lecture propre de sa souffrance ; la situation idéale pour la première consultation d'un adolescent déprimé avec le psychiatre devrait réunir quatre conditions :

- avoir reconnu sa propre souffrance (ce qui n'est pas toujours le cas, beaucoup étant dans la déni-gation car il est difficile, surtout pour un adolescent, de reconnaître qu'on ne va pas bien) ;
- avoir perçu que les troubles souvent répétés viennent de lui (et non pas de l'autre) ;
- avoir envie d'un changement ;
- ne pas ressentir de peur et avoir accepté « de penser ses pensées » (parler de son monde intérieur, de ce qu'il vit, de sa souffrance).

Philippe Duverger déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Traduire ce que l'on a compris et exprimer un souci, prélude au soin

Lorsque, au cours de son évaluation, le médecin généraliste (ou tout autre acteur de premier recours) dépiste une dépression chez un adolescent, le premier objectif est d'aider celui-ci à s'approprier le parcours de soins et en premier lieu l'évaluation qui a été faite. Il s'agit de l'impliquer en tant que sujet et non pas comme « objet diagnostiqué déprimé », en lui traduisant ce que l'on a compris par une mise en mots sur ses ressentis : « Je te sens triste, angoissé, tu as des peurs... ». Il est indispensable de nommer les choses et de savoir ce qu'il en pense, l'objectif étant que lui-même valide le fait que « cela ne va pas ». Ensuite, il est utile d'ajouter « Je me fais du souci pour toi, on ne peut pas te laisser comme cela, il nous faut agir ensemble ». Ici, c'est le partage d'un sens que l'adolescent met en scène. Et, à partir de là seulement, il sera possible de rechercher des solutions ensemble : « Peut-être en parler avec quelqu'un d'autre ? ». Mais, avant d'introduire un tiers, il faut s'assurer que l'adolescent s'est approprié le projet ; pour cela, il doit avoir entendu que l'on se fait du souci pour lui car soigner n'est pas traiter, c'est se faire du souci pour l'autre. Il faut montrer à l'adolescent qu'il ne s'agit pas de le « laisser tomber », mais de l'accompagner vers et avec un autre soignant. C'est le contraire d'un traitement (tracter, enlever le mal) : on traite une tumeur, une infection mais on ne « traite » pas un jeune déprimé, on le soigne. D'ailleurs, l'expression des adolescents « Il me traite, celui-là » revêt pour eux une signification péjorative...