

Les États Dépressifs à l'adolescence

*Dr. Lucie Paré, Unité de médecine familiale de l'hôpital Saint-François-d'Assise.
Dr. Yves Lambert, CLSC J. Octave Roussin.*

Les statistiques concernant la prévalence de la symptomatologie dépressive chez les adolescents sont rares et imprécises (1,2). Aux États-Unis, on rapporte qu'entre 3 et 40% des adolescents présentent des symptômes anxio-dépressifs (3,4). De plus, la sévérité des symptômes dépressifs est difficile à estimer (5). On note une prépondérance de filles. Les données actuelles nous livrent une image partielle, insuffisante du problème et il persiste dans la littérature un questionnement en regard de trois points: 1) l'évaluation et la mesure de la dépression chez les adolescents 2) la distinction entre les symptômes dépressifs passagers et le syndrome dépressif persistant et 3) la fréquence de la dépression à l'adolescence. Cet article résumera les données connues sur la dépression à l'adolescence et présentera une démarche clinique pour aider les intervenants dans leurs contacts quotidiens avec les adolescents.

Problématique

Plusieurs particularités de la dépression à l'adolescence doivent être exposées afin de mieux comprendre le jeune en difficulté qui se présente en consultation.

Le niveau de stress provoqué par un événement est fonction de trois facteurs, soit: le type d'événement, la perception de l'événement par l'individu qui le vit, de même que sa capacité à faire face à la situation (6). Les événements ou les stress qui sous-tendent les réactions dépressives sont perçus différemment par les adultes et les adolescents. Chez l'adolescent, des stress dits mineurs mais quotidiens (par exemple le travail scolaire, l'apparence) peuvent parfois être aussi significatifs pour eux que des stress dits majeurs (ex: décès d'un ami, divorce des parents) (7,8).

Comme chez l'adulte, le mode d'expression des symptômes dépressifs est variable d'un individu à l'autre. Pour l'adolescent, la présentation de la dépression peut varier également avec l'âge et le niveau de développement psychologique (9). En effet, Kashani et coll. démontre que vers l'âge de 8 ans, le retrait social et le pessimisme traduiront souvent la dépression sous-jacente. Chez les jeunes de 12 ans, la somatisation est un symptôme fréquent d'un état dépressif alors que vers 17 ans, l'adolescent aura fréquemment des idées suicidaires, de l'irritabilité ou de l'agressivité. Ces auteurs trouvent une prévalence de 1.4% de dépression à 8 ans et 5.7% à 17 ans.

L'intensité des symptômes dépressifs est un facteur important à considérer mais difficile à mesurer cliniquement. Il est parfois délicat de distinguer la normalité de la pathologie puisque l'adolescence est en soi une période tumultueuse au niveau émotif. Les variations fréquentes de l'humeur de l'adolescent "normal" sont à distinguer des états dépressifs prolongés. Or, la littérature est vague dans la définition de "persistance" (i.e. sentiments ressentis "la plupart du temps" par l'adolescent) (4). Une symptomatologie dépressive intense et persistante n'est pas un phénomène universel de l'adolescence mais plutôt l'indication d'une pathologie.

Les critères diagnostiques de la dépression tels qu'ils sont définis dans le DSM-IV doivent être

replacés dans le contexte global de l'histoire individuelle. En effet, les manifestations de la dépression sont très variées à l'adolescence et ne se limitent pas aux symptômes classiques d'insomnie, de fatigue, de perte de poids. L'utilisation des critères du DSM-IV concernant la dépression majeure sont restrictifs, entre autres pour les adolescents, et Ryan suggère même d'ajouter trois autres critères soit le retrait social, les plaintes somatiques et le désespoir (10). On peut noter que la dépression se manifeste souvent par une rupture dans le fonctionnement de l'adolescent, c'est à dire un changement s'opérant sur quelques mois soit au niveau scolaire, ou du comportement en général, avec les pairs ou dans la famille.

Il faut mentionner le manque de connaissances sur l'évolution naturelle des symptômes dépressifs à l'adolescence notamment le risque suicidaire à court terme (11, 12). On pense toutefois que le geste suicidaire pourrait survenir assez tôt dans une dépression d'installation rapide. Tous les adolescents déprimés ne font pas une tentative de suicide et tous les adolescents présentant des idéations suicidaires ne sont pas déprimés.

DSM-IV: Dépression majeure

A. Au moins 5 des 9 symptômes suivants doivent être présents pendant une période de 2 semaines et représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir:

2. humeur dépressive pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres; éventuellement, irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
3. diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
4. perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex, modification de 5% en un mois).
5. insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
6. agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
7. fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
8. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
9. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
10. pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale.

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est à dire, après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Recueil de données

La complexité du phénomène ainsi que la déficience des connaissances et des outils diagnostiques rendent difficiles la tâche de l'intervenant face à un adolescent déprimé. Cette section abordera les aspects pratiques de la dépression dans une démarche globale utilisable par le clinicien de première ligne.

Difficultés de l'entrevue

L'entrevue avec l'adolescent peut comporter des difficultés. Celles-ci sont de deux ordres, soit: les caractéristiques propres à l'adolescent et les biais relationnels de l'entrevue.

L'adolescent traverse plusieurs phases caractéristiques de cette période de la vie. La phase de distanciation peut rendre difficile la relation avec les parents ou avec les figures d'autorité parentale. L'identification à sa "gang" tant en terme de comportements que de valeurs, peut confronter le système de valeurs de l'adulte. De plus, l'adolescent n'a pas tout à fait la capacité de se projeter dans l'avenir et de percevoir les conséquences de ses actes. Ainsi, le niveau de développement va influencer l'évaluation des comportements à risque, la fidélité au traitement et la nécessité d'encadrement.

Quant aux biais relationnels, c'est-à-dire les caractéristiques de la relation clinicien-adolescent, ils peuvent être aussi nombreux. L'apparence d'un jeune peut être déroutante pour l'intervenant. Le manque de vocabulaire des jeunes nécessite souvent de réorganiser le questionnaire avec des choix de réponses plutôt que des énoncés trop vastes ("Parle-moi de ton vécu..."). Il faut mettre en mots, pour lui, des sentiments parfois confus et contradictoires. Associé à la difficulté d'exprimer clairement sa pensée, l'adolescent a fréquemment l'impression de ne pas être cru (13). Pourtant la littérature nous démontre que l'adolescent manipule rarement et qu'il recherche dans sa détresse une personne fiable, tolérante, capable de le respecter et de le croire. La confidentialité est aussi un élément potentiellement conflictuel entre le jeune et l'intervenant (14). En somme, le praticien peut se sentir "irrité" ou dérouté sur plusieurs aspects de l'entrevue habituelle.

La raison de consultation

Divers motifs peuvent pousser un adolescent déprimé à consulter. D'abord, il peut venir de lui-même pour différents malaises mais il peut également se présenter suite à une référence du milieu scolaire, du système judiciaire ou de l'urgence hospitalière.

La raison de consultation la plus fréquente sera la plainte somatique (céphalée, fatigue, mal de dos, etc.) mais il ne faut pas oublier que la dépression chez le jeune peut se présenter sous le couvert de troubles de comportement, de fugues ou de tentative de suicide. Occasionnellement, le syndrome de l'anorexie nerveuse peut être la manifestation d'un état dépressif. Bien que ces raisons de consultation ne soient caractéristiques d'aucune pathologie, elles doivent nous faire suspecter un état dépressif et par conséquent générer une cueillette de données spécifiques.

Cueillette de données

L'intervenant doit par son questionnaire analyser le problème actuel. Ceci implique qu'il faut vérifier la présence, l'intensité et la persistance des symptômes dépressifs, anxieux et somatiques. Des questions précises sur les sentiments et les symptômes amèneront des réponses fiables pouvant éclairer le diagnostic. Il faut rechercher également tant par une histoire que par un examen physique pertinent toute cause organique des symptômes dépressifs.

Après avoir clarifié les symptômes, il est nécessaire d'élargir la cueillette de données à la recherche des événements stressants mineurs et majeurs et à l'exploration du fonctionnement de l'adolescent dans son environnement, notamment dans les systèmes suivants: scolaire (relations avec les professeurs/la direction, relations avec les pairs, violence, drogues, stress aigus et chroniques à l'école); système "réseau" (la "gang", son style et sa culture, les loisirs, les amis (es) privilégiés (es), l'abus de drogues, la prostitution); et système famille. Au niveau de la famille, il faudra s'enquérir d'antécédents familiaux de dépression ou de psychose maniaco-dépressive. Il faudra enfin discuter de la structure de la (des) famille(s), des relations dans la famille, du "style" des parents, de stress récent dans la famille. La perception subjective de l'adolescent déprimé doit être validée par les parents. Il est donc important de les rencontrer.

Les informations recueillies pourront mettre en évidence des événements importants (divorce, violence, troubles familiaux, etc.) à l'origine de la réaction dépressive dont il faudra tenir compte dans l'approche thérapeutique.

Diagnostic

La collecte de toutes ces données en une ou plusieurs entrevues devrait nous guider vers un diagnostic précis. L'approche diagnostique face à un adolescent n'est pas différente de celle de l'adulte: la dépression est un diagnostic clinique. Compte tenu de l'état actuel de la recherche, la classification du DSM-IV demeure l'instrument privilégié pour établir les diagnostics d'états dépressifs.

Il est très important de retenir que de tous les adolescents qui consultent en première ligne avec des sentiments dépressifs, peu d'entre eux après évaluation vont répondre aux critères d'un diagnostic de dépression majeure. Selon notre expérience, le trouble d'adaptation avec humeur dépressive ou autres variantes représente le diagnostic le plus fréquent. Chez certains adolescents, il sera difficile d'arriver à un diagnostic précis mais, chose importante, c'est l'évolution de leur symptomatologie qui va le clarifier. Certains rejoindront les catégories diagnostiques déjà mentionnées et les autres se retrouveront dans les troubles de la personnalité, les troubles dysthymiques ou les désordres anxieux. Quelques-uns ne répondront pas aux critères

précis de la classification du DSM-IV et ceux-ci seront souvent des jeunes normaux aux prises avec des difficultés pour lesquelles ils n'ont besoin que d'un soutien temporaire.

Il est bien important de réaliser qu'une entrevue difficile avec un adolescent peut nous faire négliger l'aspect diagnostique du problème. Pourtant, plus le diagnostic sera posé avec précision, plus les décisions thérapeutiques en seront facilitées.

Traitement

L'établissement d'une relation de confiance est l'élément le plus important de la démarche thérapeutique. Une attitude de support et d'écoute est essentielle pour aider le jeune à ventiler et à clarifier ses émotions. La prise en charge se traduira par des rendez-vous réguliers et planifiés avec l'adolescent. Ces visites devraient permettre de trouver des solutions concrètes à des situations perçues difficiles par le jeune. Cette relation d'accompagnement n'est pas différente de celle utilisée chez l'adulte atteint d'un trouble d'adaptation, mais les particularités de l'entrevue décrites précédemment demeurent constantes tout au long de la relation thérapeutique. A court terme, une attitude centrée sur l'adolescent permettra pour la majorité des cas de diminuer les malaises. L'intervenant doit cependant toujours rester à l'affût des idées suicidaires. L'absence à un rendez-vous ne devra pas laisser suspecter la mauvaise foi de l'adolescent, mais devra plutôt amener à la visite suivante des clarifications sur le motif de l'absence et sur les ententes convenues entre l'intervenant et l'adolescent.

Certaines interventions plus spécifiques font partie des outils thérapeutiques. Mentionnons qu'un arrêt scolaire ou des contacts avec le milieu scolaire peuvent être des appuis importants au traitement et doivent se faire en respectant le jeune. L'intervention auprès des parents est aussi importante. Il faut transmettre aux parents, si c'est le cas, un risque suicidaire possible chez l'adolescent et ce, de façon appropriée. Les parents auront parfois besoin de soutien et d'explications pour mieux aider l'adolescent. Il se peut qu'eux-mêmes aient besoin d'une approche thérapeutique pour des problèmes non résolus. De plus, il ne faut jamais hésiter à référer un jeune dont l'état stagne ou se détériore (ex. dépression psychotique ou dépression majeure).

Les agents pharmacologiques utilisés chez les adultes peuvent également être employés chez les adolescents (15). Peu de preuves existent actuellement sur l'efficacité des anxiolytiques chez les adolescents mais ils sont prescrits dans plusieurs types de troubles anxieux (16,17,18). Chez les adolescents déprimés, ils pourront être indiqués pour contrôler des états anxieux incapacitants et utilisés pour de courtes périodes (7-10 jours) à cause du risque potentiel de dépendance. Par ailleurs, ces médicaments sont sécuritaires et des produits comme l'alprazolam (Xanax), le lorazépam (Ativan), l'oxazépam (Sérox), et le clonazépam (Rivotril, il peut y avoir des effets paradoxaux dont l'agitation) constituent de bons choix (16 à 19).

L'utilisation des antidépresseurs est réservée à la minorité d'adolescents présentant un tableau de dépression majeure ne s'étant pas amélioré avec le début de la prise en charge psychothérapeutique et le soutien qui en découle. L'intensité des symptômes neurophysiologiques associés tel que l'insomnie, la perte de poids, les troubles de concentration, par exemple, sont également en faveur d'une médication. La présence d'une anamnèse familiale au niveau des troubles de l'humeur est également un argument pour la médication. Actuellement,

les ISRS sont choisis préférentiellement aux antidépresseurs tricycliques car mieux tolérés, plus faciles à utiliser, moins dangereux et tout aussi efficaces dans la majorité des cas. Ils doivent être commencés à dose minimale et augmentés progressivement jusqu'à un taux thérapeutique. Contrairement aux antidépresseurs tricycliques, ils ne requièrent pas de dosage sanguin. L'effet antidépresseur est en général perçu après la première semaine de traitement. Il faut informer l'adolescent des effets secondaires possibles ainsi que de l'évolution parfois instable en début de traitement, une amélioration pouvant être suivie d'une détérioration transitoire parfois inquiétante.

En résumé, la relation d'aide demeure le point central du traitement des troubles dépressifs à l'adolescence. La prescription d'antidépresseur ne devrait pas être routinière. La décision d'utiliser ces médicaments reposera sur l'analyse de chaque cas en regard de la sévérité de l'atteinte, des avantages et inconvénients du traitement pharmacologique et de la possibilité d'assurer un suivi strict. En général, lorsque le recours aux antidépresseurs apparaît nécessaire, nous suggérons d'obtenir une évaluation psychiatrique spécialisée (20-21).

Conclusion

Face à l'adolescent qui s'est présenté dans un contexte de symptômes somatiques, de tentative de suicide, de fugue ou de troubles de comportement, le clinicien de première ligne doit vérifier l'existence possible d'un syndrome dépressif et non le réserver comme un diagnostic d'exclusion.

Le recueil des données, l'approche diagnostique et l'intervention thérapeutique doivent être intégrés dans une approche globale pour favoriser tant la compréhension que la résolution du (des) problème(s). Une approche humaine, centrée sur l'adolescent et sur ses besoins est actuellement l'approche la plus acceptable. Cette approche globale pourrait avoir un effet préventif sur la santé mentale de l'adulte en devenir qu'est l'adolescent.

Références

1. Statistique Canada, Catalogue 84-203, éditions 1985 et 1987.
2. Ayotte V., Ferland M. Les jeunes adultes. Et la santé, ça va? no.2. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Les publications du Québec, Gouvernement du Québec; mai 1989. 57p.
3. Kashani JH, Carlson GA, Beck NC et al. Depression, Depressive Symptoms and Depressed Mood Among a Community Sample of Adolescents. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 931-934.
4. Garrison C, Schluchter Md, Schoenbach VJ, Kaplan BK. Epidemiology of Depressive Symptoms in Young Adolescents *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1989; 28,3: 343-351.
5. Kazdin AE, Petti T.A. Self-Report and Interview Measures of Childhood and Adolescent Depression. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1982; 23,4: 437-457.
6. Folkman, S., An Approach to the Measurement of Coping. *J. Occup. Behav.*, 1982; 3,1: 95-107.
7. McGuire DP, Mitie W, Newman B. La perception du stress chez les jeunes: les inquiétudes de l'adolescent normal. *Santé mentale au Canada*, juin 1987; 35, 2: 2-6.
8. Compas BE, Davis GE, Forsythe CJ. Characteristics of Life Events During Adolescence. *American Journal of Community Psychology* 1985; 13, 6: 677-691.
9. Kashani, JH, Rosenberg MA, Reid JC. Developmental Perspectives in Child and Adolescent Depressive Symptoms in a Community Sample. *Am J. Psychiatry* 1989; 146: 871-875.
10. Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosine P et al. The Clinical Picture of Major Depression in Children and Adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 854-861.
11. Moreau, D.L. Major Depression in Childhood and Adolescence. *Psychiatr Clin North Am* 1990 Jun; 13,2: p. 355-68.
12. Kosky R, Silburn S, Zubnick SR. Are Children and Adolescents Who Have Suicidal Thoughts Different from Those Who Attempt Suicide? *Journal of Nervous and Mental Disease* 1990; 178, 1: 38-43.
13. Smith MS. Evaluation and Management of Psychosomatic Symptoms in Adolescence. *Clinical Pediatrics* 1986; 25, 3 : 131-135.
14. Tonkin RS. Suicide in Adolescence. *Canadian Family Physician* 1986; 32: 2437-2442.

15. Lapierre YD, Raval KJ. Pharmacotherapy of Affective Disorders in Children and Adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 1989 dec; 12,4 : 951-61.
16. Gelenberg, AJ, Bassuk El, Schoonover SC. *The Practitioner's Guide to Psychoactive Drugs*. 3e ed. Plenum Medical Book Company, New York; 1991. 504 p.
17. Simion JG. Pediatric Psychopharmacology. *Can J. Psychiatry*, 1989 March; 34: 115-22.
18. Waters BG. Psychopharmacology of the Psychiatric Disorders of Childhood and Adolescence. *Med J Aust*, 1990 Jan; 152, 1: 32-9.
19. Biederman J. The Diagnosis and Treatment of Adolescent Anxiety Disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 1990 May; 51 Suppl 20-6; Discussion 50-3.
20. Ryan ND. Pharmacotherapy of Adolescent Major Depression: beyond TCA's. *Psychopharmacol Bull*; 1990; 26, 1: 75-9.
21. Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB. *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. W.B. Saunders Company, Philadelphia; 1990. 569 p.

Reproduit de *Canadian family Physician journal*, États dépressifs à l'adolescence. J. Paré et Y. Lambert. Vol 38, pages 590-595, 1992.

Adapté avec la collaboration du Dr. Patricia Garel, pédopsychiatre, Hôpital Ste-Justine.