

# LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE

---

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Nagy Charles Bedwani, m.d.

# LA DÉPRESSION À TRAVERS LES "ÂGES"

- 400 av. JC Hippocrate: les *humeurs*: mélancolie (bile noire)
- 1912 Freud: la perte de l'objet
- 1946 Spitz: la dépression anaclitique
- 1980 La dépression: un continuum enfant-adolescent-adulte-aîné
- 1995 Kendler: Gènes, stressseurs - dysrégulation des *humeurs*

# ADOLESCENCE, ÂGE PROPICE À LA DÉPRESSION

## Changements

- Biologique (hormones, puberté, *pruning*)
- Psychologique (pensée, identité, sexualité)
- Social (famille, école, vie sexuelle)



## Facteurs de risque

- Biologiques (vulnérabilité, hérédité)
- Psychologiques (estime de soi, personnalité)
- Sociaux (négligence, violence, pertes)



Tension ou Crise

$$\textit{Tension} = \textit{CX}^2$$

*Tel que ...*

*X: pour impondérables*

*ou*

*facteurs de risque*

*C: changement*

# LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE

## des chiffres qui inquiètent:

---

- Prévalence de la dépression chez les adolescents: 8 à 15%, 2F: 1G (Kashani 87, Kessler 94)
- 40 à 70% de comorbidité (troubles anxieux, abus de substances, troubles des conduites, etc)
- Taux de suicide chez les 15-19 ans au Québec: 20.7 p 100.000 habitants. 4G: 1F
- 90% des adolescents suicidés présentaient un trouble psychiatrique (Brent 94)

# CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE

- Tableau typiquement atypique
- Comorbidité élevée:
  - ✓ troubles anxieux
  - ✓ trouble des conduites
  - ✓ abus de drogues/alcool
  - ✓ *double* dépression
- Symptômes instables et probablement influencés par événements extrinsèques
- Intensité variée:
  - ✓ dépression masquée
  - ✓ dépression psychotique

# LA DÉPRESSION MAJEURE À L'ADOLESCENCE:

## *Tableau clinique*

### *Virtuellement classique*

Humeur dysphorique  
Perte globale d'intérêt  
Perte d'appétit  
Insomnie  
Ralentissement psychomoteur  
Fatigue, anhédonie  
Inutilité – Culpabilité  
Baisse concentration  
Idéations suicidaires

### *Typiquement atypique*

Humeur irritable  
Perte *sélective* d'intérêt  
Boulimie – Hyperphagie  
Hypersomnie  
Agitation psychomotrice  
Fatigue, anhédonie *relatives*  
Présents avec démesure  
Baisse rendement scolaire  
Passages à l'acte, comportement à risque

# AUTRES TROUBLES DE L'HUMEUR AYANT COURS DURANT L'ADOLESCENCE

---

- Le trouble dysthymique

maladie à symptômes dépressifs chroniques légers et fluctuant pendant un an

*double dépression* : dysthymie + dépression majeure

- La dépression saisonnière

symptômes automne/hiver, rémission printemps/été, min. deux épisodes

- Le trouble dysphorique prémenstruel

# AUTRES TROUBLES DE L'HUMEUR AYANT COURS DURANT L'ADOLESCENCE

- **Les troubles bipolaires**
- 20 à 40 % des adolescents déprimés développent un trouble bipolaire dans les 5 années suivant épisode de DM
- sont à risque :
  - \*DM à début précoce
  - \*dépressions d'intensité psychotique
  - \*antécédents familiaux de trouble bipolaire ou dépression psychotique
  - \*ralentissement psychomoteur
  - \*virage maniaque sous antidépresseurs
- Toutes les formes de tr. Bipolaires peuvent débuter à l'adolescence
- Leur traitement s'avère complexe : compliance, réfractaire



# AUTRES TROUBLES DE L'HUMEUR AYANT COURS DURANT L'ADOLESCENCE

## ■ Les troubles bipolaires (suite)

### ■ trouble bipolaire I

min. 7 jours, patient non fonctionnel,  
alternance aléatoire épisodes de manie, dépression, hypomanie, mixte

### ■ trouble bipolaire II, (hypomanie)

min. 4 jours, patient fonctionnel, conduites à risque

### ■ cyclothymie

alternance de symptômes dépressifs ou maniaques discrets pendant plus d'un an et sans périodes asymptomatiques supérieures à deux mois

### ■ épisodes mixtes

coexistence symptômes de dépression et manie pendant 7 jours ou plus

### ■ cycles rapides

réurrence annuelle de 4 épisodes ou plus de DM, bip I, bip II, mixte

# TROUBLES DE L'HUMEUR CHEZ LES ADOLESCENTS

## : *DIAGNOSTIQUE DIFFÉRENTIEL*

- Trouble d 'adaptation avec humeur dépressive
- Deuil pathologique
- Trouble schizoaffectif
- Dépressions secondaires à conditions physiques \*  
S.N.C.
  - \* Maladies systémiques
  - \* Effets secondaires de médicaments
  - \* Drogues illicites
- Dépressions secondaires à conditions psy.

Schizo, TDAH, Tr. Anxieux, Tr. Alimentaires, etc...

# ÉVALUATION DE L'ADOLESCENT DÉPRESSIF

---

- Importance d'une bonne alliance. Bonne anamnèse
- Objectiver chaque symptôme dépressif avec l'adolescent
- Tenir compte des observations des parents
- Explorer la détresse intrinsèque (estime de soi, suicidalité)
  
- Complément d'information
  - observation
  - bulletin scolaire
  - charte des humeurs et du sommeil
  - grilles d'autoévaluation (Zung)
  - échelles de dépression (Hamilton)
  - entrevues semi-structurées : K-SADS

# ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

- 1. Idéations suicidaires: questions claires et directes
- 2. Intentionnalité: plan (quand, ou, comment) c o q
- 3. Si tentative de suicide: circonstances précises
- 4. L'adolescent demeure-t-il *activement suicidaire*?
- 5- Évaluer facteurs de risque: (dépression, abus de substances et R-OH, troubles des conduites, psychose, trouble de personnalité, stressseurs familiaux et sociaux)
- 6. Établir profil psychologique (narcissisme, impulsivité)
- 7. Noter comportements suspects (isolement, dons, messages, apaisement)

# TRAITER L'ADOLESCENT DÉPRIMÉ

- 1. Adolescent suicidaire: priorité à l'intervention de crise
- Suicide = (ré)solution d'un problème (souffrance)
  - Solutions alternatives:
    - Clarifier d'abord les problèmes
    - Impliquer famille et entourage
  - Indications d'hospitalisation:
    - sévérité des symptômes
    - ado "activement" suicidaire
    - famille en crise
- Pacte de vie

# TRAITER L'ADOLESCENT DÉPRIMÉ

---

- 2. Adolescent non suicidaire. Dépression légère à modérée
  - L'approche psychosociale peut être suffisante:
    - Approche cognitive: amélioration estime de soi
    - Approche comportementale: résolution de problèmes
    - Approche dynamique: conscience des pertes et acceptation
    - Approche systémique: rompre l'isolement, cercle vertueux

# TRAITER L'ADOLESCENT DÉPRIMÉ

- 3. Dépression modérée à sévère
  - Antidépresseurs + Psychothérapie
    - ISRS (**Fluoxetine, Sertraline**) 6-8 semaines
      - bonne réponse: poursuivre 6-8 mois
      - non réponse: dosage sérique, augmenter dose
    - essai autre ISRS (**Paroxetine, Fluvoxamine**) ou bicyclique (**Venlafaxine**) ou ATC (**Clomipramine, Imipramine**), 6-8 semaines
    - si non réponse, potentialiser: Lithium, T3 T4
    - autres classes I.M.A.O., antidépr. 3ème génération
    - Traitement électro-convulsif
- 4. Dépression psychotique: antipsychotique avec ou sans antidépresseur
- 5. Traiter comorbidité: troubles anxieux, TOC

# TRAITER L'ADOLESCENT DÉPRIMÉ

## ■ 6. Le trouble bipolaire

- Les stabilisateurs de l'humeur

**l'acide valproïque**: premier choix

**le lithium**: intoxication, effets secondaires

**la carbamazépine**: effets secondaires

- Combinaison de 2 ou 3 stabilisateurs de l'humeur
- Potentialisation: (T3, T4, bloqueur Ca++)
- Utilisation des antipsychotiques avec ou sans benzodiazépines
- Nouveaux antiépileptiques

**Lamotrigin, Gabapentine, Topiramate**