



DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DÉPRESSION DE L'ADOLESCENT

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Groupes Qualité Pays de la Loire et Centre Val de Loire : Avril 2024

Ecriture : Laure Le Priol, Emilie Beaghe, Animatrices PDL
Sonia Guyonnet, Marie Grezard, Animatrices Groupe CVL

Relecture : Elodie Cosset coordinatrice Groupe Qualité

L'essentiel Réussir la rencontre avec l'adolescent



COMPRENDRE

- 20 % des adolescents souffrent d'un mal-être masqué
- Les conduites à risque ont une fonction : ressembler, jouir, assurer ou fuir
- Le cerveau est en mutation



REPÉRER

- L'adolescent est réservé et méfiant mais apprécie d'être questionné
- Le BITS : un outil de repérage, simple et court



OPTIMISER

- Gérer le tiers accompagnant en privilégiant l'adolescent
- Choisir des objectifs d'intervention ciblés et adaptés



ACCOMPAGNER

- Suivre pour tisser du lien et donner du sens dans la durée
- Des solutions d'orientation existent pour un avis ou une prise en charge



Dépression de l'adolescent

1) Le contexte

La prévalence des troubles mentaux chez les adolescents est estimée dans le monde à 13.4%. A la fin de l'adolescence, 15 à 20% ont au moins un épisode dépressif caractérisé. En France, parmi les filles du second cycle, en 2013, 48% ont déjà pensé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, 34% sont déprimées et 17 %dépressives. Les garçons présentent des taux inférieurs: respectivement 29,22 et 7%.

En 2014, l'HAS estimait qu'un 1/3 des adolescents souffrant de dépression ferait une tentative de suicide.

Selon Santé publique France, la santé mentale des adolescents s'est dégradée depuis la crise COVID, les passages aux urgences pour gestes suicidaires et troubles de l'humeur étaient considérés en 2023 à « un niveau élevé ».

2) L'adolescent

a. La « crise d'adolescence »

L'adolescent subit des modifications biologiques (on parle d'« orage physiologique ») qui impliquent des sautes d'humeur, de l'anxiété, de l'impulsivité, la recherche des plaisirs et de sensations et rend difficile la régulation des émotions. Des modifications physiologiques du sommeil surviennent: coucher tardif, augmentation de la durée du sommeil et un lever tardif.

Pendant cette période compte tenu d'une dernière étape de maturation cérébrale, le circuit de la récompense joue un rôle majeur, les ados sont plus sensibles aux récompenses que les adultes mais ont plus de mal à leur donner un sens. Les expérimentations (prises de risque tabac alcool...) concernent la quasi totalité des adolescents, elles relèvent de l'initiation de la découverte, de l'identité, de la liberté, elles sont vecteurs d'intégration.

Attention à ne pas confondre crise d'adolescence et dépression → **il faut tenir compte de la persistance d'un comportement avant de le considérer comme pathologique :**

Il faut chercher si « C.P.I.R.E » le trouble est il :

- Cumulé avec d'autres,
- Précoce
- Intense
- Répété
- Excluant (=décrochage scolaire ou relationnel)

b. Ses paradoxes et ses attentes vis-à-vis du médecin

L'adolescence est une période de vie particulièrement paradoxale et ambivalente : alors que l'adolescent revendique une certaine autonomie, il reste encore attaché et dépendant de ses parents, hésitant entre recherche de sécurité affective et opposition frontale.

Cela transparaît dans la consultation : ils préféreraient venir accompagner même s'ils se confieraient mieux seuls. Ils préfèrent le tutoiement au vouvoiement. Ils peuvent avoir un envie de parler mais pourront être sur la défensive lors des questions posées, vécues comme intrusives et menaçantes. Ainsi, il n'est pas aisé pour le médecin d'ouvrir un dialogue.

Mais :

> **La plupart des adolescents ont un médecin traitant** et le consultent régulièrement (2 à 3 fois par an). Les motifs de consultations sont principalement d'ordres somatiques, administratifs (certificat) et préventifs (vaccination).

Si environ 8 adolescents sur 10 déclarent avoir été confrontés à des difficultés psychologiques, le médecin généraliste n'apparaît pas comme étant un interlocuteur privilégié pour en discuter, celui-ci étant associé à une prise en charge somatique.

> Les adolescents apprécient qu'un adulte s'intéresse à eux et ils reconnaissent facilement ses difficultés si un adulte médiateur s'en préoccupe. Ils sont en demande d'informations **mais préfèrent que les médecins soient à l'initiative des questions posées**. Ils attendent également du médecin son avis professionnel sur leur « normalité » ou alors de mieux comprendre ce qu'il se passe pour eux durant cette période troublante.

> **Un adolescent en difficultés consulte plus souvent** que les autres mais n'exprime pas directement et spontanément ses difficultés. Il n'est pas facile pour l'adolescent d'exprimer ses ressentis aussi clairement qu'un adulte, l'expression de son mal être se fera plutôt par des attitudes, des comportements, des plaintes somatiques répétées.

Le repérage est difficile devant des manifestations atypiques. Le médecin doit alors être attentif à ses propres observations, ses interrogations, ses intuitions qui repèrent une souffrance confuse, non verbalisée pour ouvrir cet espace de dialogue et ainsi faire émerger un mal être caché.

Les médecins quant à eux sous estiment les ressentis de « mal être » des adolescents et l'impact que peut avoir la consultation, notamment dans l'importance qu'apporte le sentiment d'être compris. Cela aide l'adolescent à se sentir mieux.

« Le médecin généraliste est l'acteur clé dans le repérage [...] de la dépression de l'adolescent. »

Pour aller plus loin : illustration – court métrage :

<https://www.youtube.com/watch?v=FN9gq-xV4Po>

3) Quand penser à une dépression ?

En plus des symptômes dépressifs des adultes, il existe des manifestations propres aux adolescents:

a. Des troubles de l'humeur

Plus que triste l'adolescent peut se montrer grincheux, revendicateur, coléreux, hostile, agressif, blâme les autres, est hyper réactif à la frustration (à ne pas confondre avec une simple intolérance à la frustration d'origine éducative) ou hypersensible au rejet.

Chez l'adolescent les symptômes sont souvent **fluctuants** : l'adolescent peut présenter une amélioration transitoire de son humeur dépressive face à certains événements positifs (compliment, relation).

b. Des manifestations physiques plus fréquentes chez les adolescents

> **Agitations psychomotrices envahissantes** : impossibilité à rester assis, déambulation, tortillement des mains, manipulations, menaces ou tentatives de fugue,

> **Plaintes somatiques** : céphalées fréquentes, douleurs abdominales récurrentes, sensation de malaise et malaises à répétition. Crises neurotoniques ou de spasmophilie.

> **Conduites alimentaires particulières** : anorexie, hyperphagie ou boulimie ; fluctuation pondérale (> 5 % en 1 mois).

> **Automutilations**

c. Des modifications du fonctionnement scolaire et relationnel

Tout changement dans les habitudes de vie doit faire évoquer une difficulté psychique ou un mal être, notamment :

- désinvestissement scolaire (chute des notes, décrochage scolaire voire absentéisme)
- hyper investissement d'activités (Internet, réseaux sociaux, jeux vidéo en ligne, sport, scolarité)
- besoin d'un effort supplémentaire pour arriver à des performances identiques ou à l'inverse un arrêt des activités de loisir
- un isolement (repli sur soi ou sur certaines activités isolées comme les jeux vidéo) et évitement des relations voire comportements négatifs ou d'opposition lorsqu'on les sollicite
- comportements à risque important en rupture avec le fonctionnement de l'adolescent : ivresses pathologiques, accidents domestiques ou de la voie publique, comportement sexuel à risque, fugues, vols etc.
- consommations de psychoactifs Alcool, tabac, cannabis...

4) Les enjeux en médecine générale : Repérer – Accompagner – Orienter

Aussi ardu et exigeante qu'apparaît la relation avec l'adolescent, **la consultation de médecine générale est aussi un lieu que fréquentent régulièrement les adolescents** et où ils rencontrent un professionnel de santé. Cela peut alors devenir un moment privilégié d'échanges où l'un peut s'ouvrir et l'autre peut apporter des réponses particulières et adaptées aux problématiques soulevées.

Ainsi la consultation de médecine générale est un moment propice pour dépister le mal être et la dépression de l'adolescent, prévenir et dépister des comportements à risques pour réduire les passages à l'acte.

« L'augmentation du dépistage et de la prise en charge du syndrome dépressif a montré une diminution de la morbi-mortalité. »

D'autant que les adolescents ayant des idées suicidaires consultent plus leur médecin et environ la moitié de ceux qui passent par un geste suicidaire ont consulté leur médecin dans le mois précédent. La vigilance du médecin est donc primordiale.

« C'est dans ce cadre que se situent nos possibilités de soutien : un accompagnement disponible et vigilant sur une longue période. Car si nous n'avons pas le temps, nous avons la durée. »

Ainsi, l'enjeu de la consultation et de l'accompagnement est d'établir une relation de confiance afin de permettre à l'adolescent de faire émerger sa souffrance. Il s'agit également pour le médecin de repérer un contexte de vie déstabilisant voire traumatique et d'évaluer le degré de gravité afin de l'accompagner :

- soit **pour passer un cap** : Aborder les difficultés, le faire élaborer ce qu'il ressent permet plutôt de désamorcer une situation que la provoquer. Il peut s'agir de le rassurer sur sa normalité ou de l'aider à comprendre ses symptômes, donner les informations dont il a besoin, améliorer l'estime de soi, le valoriser dans les efforts faits, augmenter son champ des possibles. Toutes ces actions peuvent aider l'adolescent à surmonter une phase difficile.
- soit **donner l'alerte et orienter** vers un professionnel de la santé mentale, **surtout si le mal être s'inscrit dans la durée**. Outre le diagnostic, l'essentiel reste l'aide psychologique et l'accompagnement avec une équipe pluridisciplinaire. Le médecin généraliste reste alors un interlocuteur possible, en soutien du suivi plus spécifique de l'adolescent et de sa famille.

Pour aller plus loin : Illustration pratique : Vidéo « Enzo a mal au dos »

<https://www.medecin-ado.org/consultations>

a. Repérer une dépression?

- **Evaluer la vulnérabilité de l'adolescent :**

Repérer les facteurs de risques de dépression et de suicide...

On distingue trois niveaux de facteur de risques :

Intrinsèque : Sexe féminin, population LGBT, migrant, adolescent isolé, **l'existence de trouble de santé particulier** : physique (handicap, maladie chronique) psychologique ou psychiatrique (ex : TDAH...), troubles du comportement (comportement à risque, usage de substance, opposition ...) **antécédent de tentative de suicide**, puberté précoce, antécédent ou **événement traumatique**, caractéristique psycho affective particulière (impulsivité, insécurité de l'attachement, instabilité émotionnelle), faible estime de soi, **automutilations...**

Familiaux : Dépression ou autre psychopathologie des parents, Antécédent de suicide ou tentative de suicide dans la famille, trouble d'usage d'une substance, pauvreté des interactions-négligence, situation de conflits intra familiaux (parents-enfants, entre les parents, entre les différents membres de la famille plus large), maltraitance- violence- abus . Évènement de vie « négatif » entraînant une rupture dans la cohésion familiale (un décès, un divorce, un déménagement ...)

Environnement extérieur (sociétale-scolaire) : rejets par ses pairs, faible niveau de réussite, tout événement stressant, pauvreté-précarité, harcèlement ...

Et les facteurs protecteurs

De même, il existe des facteurs protecteurs, qu'il est important de repérer.

Intrinsèques : Une croissance harmonieuse, une bonne estime de soi, réussite scolaire, Stabilité émotionnelle, **compétences pour résoudre ses problèmes** (ressources internes), Investissement dans des activités extérieures (scolaires, sport, cultures, amitiés, ...)

Familiales : Famille suffisamment cadrante, soutenant, vigilante ayant des attentes claires vis-à-vis du comportement et des valeurs transmises. Bonne relation intrafamiliale, Investissement parentale.

Environnement extérieur : Soutien social, présence de mentors, soutenant le développement de l'adolescent dans ses compétences, de ses intérêts...

Une attention particulière doit être portée sur les adolescents en foyer, en lien avec le système judiciaires ou victime de maltraitements, très vulnérable. Ils sont considérés à « très haut risques » de dépression ou de suicide.

b. Les outils de dépistage

- Échelles de repérage de la dépression de l'adolescent

L'échelle **ADRS** est selon la HAS l'outil le mieux validé pour aider à la détection d'un épisode de dépression caractérisé. Il est composé d'un autoquestionnaire à remplir par le patient

(éventuellement avant le rendez vous) et d'un questionnaire à remplir avec le patient lors de l'entretien. [Annexe 5 Outils d'aide au repérage et à l'évaluation \(has-sante.fr\)](https://has-sante.fr)

Mais l'échelle de dépistage TSTS-CAFARD paraît d'usage facile dans la pratique courante lors d'une consultation pour un autre motif :

1. Questions d'ouverture

- Traumatologie : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
- Sommeil : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
- Tabac : « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »
- Stress scolaire ou familial (2 questions regroupées) : « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

2. Les clefs de gravité proposées pour chaque réponse positive

- Difficultés de sommeil → Cauchemars : « Fais-tu souvent des cauchemars ? »
- Antécédent traumatique → Agression : « As-tu été victime d'une agression physique ? »
- Fumeur → « Fumes-tu tous les jours au moins cinq cigarettes ? »
- Travail scolaire avec stress → Absentéisme : « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »
- Vie de famille tendue → Ressenti Désagréable familial : « Dirais-tu que ta vie est désagréable ? »
- NB : Pour un seuil de 3 réponses positives, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 55 % vis-à-vis d'un antécédent de tentative de suicide dans la vie ou d'idées suicidaires dans l'année

● Détection du risque de suicide chez les adolescents



En soins primaires, le repérage des enfants et des adolescents suicidaires repose sur une écoute active et un questionnement direct du patient et/ou sur l'utilisation du BITS pour en faciliter l'approche. **Parler du suicide n'est pas incitatif au passage à l'acte.** Il est recommandé d'être clair et explicite.

→ Pour toutes les consultations d'adolescents, on peut utiliser le **Bullying Insomnia Tobacco Stress Test (BITS)**, qui est un outil pragmatique de dépistage de problématique suicidaire chez les adolescents, validé en milieu scolaire chez les jeunes de 13 à 18 ans. Pour chaque thème, le score le plus haut est retenu. Un score supérieur ou égal à 3 est significativement associé à une problématique suicidaire.

« La HAS recommande d'avoir recours au BITS lors de chaque consultation d'enfant ou adolescent de plus de 12 ans »

Test BITS



Source : <https://www.medecin-ado.org/consultations>

Thème	Question	Réponse	Cotation
Insomnie	As-tu souvent des insomnies, des troubles du sommeil ? Des cauchemars ?	Insomnies, troubles du sommeil	1 point
		Cauchemars	2 points
Stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou bien par l'ambiance familiale ? Par les deux ?	Stress dû au travail scolaire ou à l'ambiance familiale	1 point
		Stress dû au travail scolaire et à l'ambiance familiale	2 points
Brimades	As-tu été récemment brimé ou maltraité à l'école, ou par téléphone ou Internet ? Et en dehors de l'école ?	Brimades ou maltraitances à l'école, par téléphone ou internet	1 point
		Brimades ou maltraitances en dehors de l'école	2 points
Tabac	Fumes-tu parfois du tabac ? Tous les jours ?	Tabagisme infra-quotidien	1 point
		Tabagisme quotidien	2 points

Source : HAS. Synthèse. Idées et conduites suicidaires chez l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge. Acteur de soins de première ligne. Décembre 2021.

→ Lors des consultations pour des difficultés en lien avec la santé mentale, lorsque des difficultés se révèlent au cours de la consultation, ou si le BITS est supérieur à 3, il est préconisé de **questionner l'enfant ou l'adolescent sur la présence d'idées ou de conduites suicidaires** actuelles, récentes ou anciennes.

Au besoin des **outils** comme l'Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) peuvent être utilisés :

Questionnaire ASQ

1. Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
2. Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
3. Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?
4. As-tu déjà essayé de te suicider ?

Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, il est demandé de lui poser la question supplémentaire suivante :

5. As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

Source : HAS. Synthèse. Idées et conduites suicidaires chez l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge. Acteur de soins de première ligne. Décembre 2021

Caractériser les idées suicidaires (niveau de souffrance, scénario, intensité, fréquence, intentionnalité, antécédent récent ou ancien de TS ...) est important afin d'évaluer **l'urgence suicidaire** et d'adresser l'adolescent aux urgences lorsque le risque est considéré comme élevé par le praticien.

5) En pratique : Oser le suivi

a. Les freins des médecins

Il existe des réticences des médecins à s'investir dans le suivi des adolescents : le manque de temps, le manque de formations, le manque de compétences.... Il n'est pas toujours évident de trouver un bon équilibre entre l'écoute, la compréhension, les informations et les conseils dont a besoin l'adolescent et décoder ce qu'il ne dit pas. Tout cela avec empathie et sans jugement. En tant que praticien, il y a aussi nos propres représentations ou notre propre histoire qui peuvent interférer dans l'installation de la relation et créer ainsi un décalage entre ce que pense le médecin et ce que demande le patient. Les médecins peuvent ne pas se sentir ni à l'aise ni compétents pour aborder les problématiques psychologiques de cette période de la vie. Ainsi, les champs les moins abordés en consultation chez les jeunes (< 5 %) sont les addictions, la santé mentale, les relations sociales, les violences et les troubles du sommeil concernent moins de 1% des consultations. On observe un évitement relationnel, la rencontre et la discussion ne se fait pas.

Alors **Osons la relation avec l'adolescent** dans nos consultations!

« Consulter un médecin généraliste améliore l'état psychologique des adolescents, même chez ceux en difficultés »

b. Organiser la-les consultations :

- Installer un cadre de confiance dans la consultation :

Etablir le contact en adoptant une attitude accueillante, disponible et soutenante centré sur l'adolescent. Il est important d'adopter un regard non- jugeant et respectueux?

La confidentialité doit être assurée pour permettre au jeune patient de se mettre en confiance et pouvoir exprimer ce qui peut lui poser souci. Ce cadre précis peut être rappelé à l'adolescent : le médecin est soumis au secret médical. A l'inverse, il peut être aussi important d'expliquer les situations où le médecin sera dans l'obligation légale de lever le secret médical : dans les cas de violences ou d'abus, où l'adolescent est jugé en danger par le praticien. Dans ces situations particulières, il en va de la responsabilité du médecin, d'en référer aux organismes de protection de l'enfance.

- **Autonomiser**

L'adolescent doit être considéré comme un être singulier, devant participer autant que possible à la prise de décision le concernant. Lui permettre de raconter son problème, de l'aider à élaborer des solutions permet d'envisager sa situation de manière différente, responsable et de développer l'autonomie qu'il réclame : découvrir ce qui est juste pour lui et ce qui a du sens. Inviter l'adolescent à voir la situation autrement, l'impliquer dans la démarche en faisant émerger des objectifs qui lui correspondent, concrets, réalisables et pragmatiques.

Il est également important d'impliquer les parents dans cette démarche **d'accompagnement** et non de ceux qui décident pour l'adolescent.

- **Organiser la consultation et son suivi :**

L'accompagnement d'un adolescent demande du temps. Du temps de consultation d'une part mais, s'il manque, **une répétition de consultations brèves pour assurer un suivi tout aussi efficace.**

La consultation peut être marquée par plusieurs temps. Si le temps est court, cela peut se faire sur plusieurs consultations :

- l'accueil du motif, qui peut se faire avec le parent,
- proposer un temps d'échange seul sans le parent accompagnant, qui permettra d'explorer les ressentis, les problématiques relationnelles, les conduites à risques ...
- l'examen clinique – indispensable : surveillance du poids, penser aux scarifications ...
- une restitution avec le parent (ou les parents) : impliquer les parents est important, ils sont importants pour l'adolescent, ils font partie intégrante de son environnement. Ils peuvent eux aussi être en difficulté relationnelle avec lui.
- prévoir la prochaine consultation.



Source : <https://www.medecin-ado.org/consultations>

c. Pour favoriser le dialogue en consultation

- **S'adresser d'emblée à l'adolescent**, dès la salle d'attente, c'est lui signifier directement qu'il est le sujet de sa consultation !
- **Provoquer la discussion** en posant des questions ouvertes qui invite à creuser au-delà du motif exprimé : « *Et à part ça ?* ». Savoir évoquer la notion de somatisation pour ouvrir aux problématiques d'ordre plus psychologique.
- **Etre en « éveil »** : observer, écouter, décoder les attitudes et les émotions de l'adolescent (langage non verbal et paraverbal). Prendre en compte le tiers, lui demander son avis après que l'adolescent se soit exprimé. Ecouter ses propres intuitions : l'addition de plusieurs signes qui interpellent le praticien mérite de s'y attarder !
- **S'impliquer** : Questionner l'adolescent sur ses préoccupations : besoins, désirs, projets. Celles-ci doivent se montrer explicites, concrète et pragmatique pour explorer la réalité de l'adolescent. Donner son point de vue sans jugement en reformulant et reflétant ce que l'adolescent exprime de manière directe (ce qu'il dit) ou indirecte (attitudes, émotion ...). Eviter un point de vue moralisateur !
- **Utiliser des outils d'aide à la relation, à la communication** : Les tests et échelle de dépistages type BITS (cf paragraphe dédié), l'entretien motivationnel.

Tout outil ou support de médiation : Jeu de carte (DIXIT ...), métaphores, clip, centres d'intérêt de l'adolescent ... :

<https://www.medecin-ado.org/boite-a-outils-heading/les-outils-utilisables-en-consultation>

<https://www.psycom.org/la-boussole-de-la-sante-mentale/>

<https://www.psycom.org/agir/la-promotion-de-la-sante-mentale/kit-cosmos-mental/>

Exemple d'affiches pour la salle d'attente :



6) Orienter

a. Quand ?

Les solutions d'orientation

Connaître le réseau de recours : il s'agit de constituer et mettre à jour son réseau de recours : psychiatre, psychologue, psychomotricien, assistant social, médecin scolaire.

Demander un avis et poursuivre le suivi. Il n'est pas toujours facile de différencier une stratégie adaptative d'un épisode dépressif, une réaction caractérielle d'une symptomatologie psychiatrique.

Orienter pour une prise en charge. Quand la situation se chronicise ou s'aggrave, orienter de façon personnalisée. Informer l'adolescent que cette orientation n'est pas un abandon mais un enrichissement. Solliciter un retour courrier du correspondant

Source : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/accueil-adolescent-medecine-generale>

Quand faut-il se tourner vers la psychiatrie ou d'autres soins spécialisés :

- Quand un suivi « mon soutien psy » n'est pas possible (cf plus bas : critère de non inclusion)
- Doute diagnostic, particulièrement en présence de traits psychotiques.
- Hypomanie ou manie

- **Comorbidités** influant sur le diagnostic et le traitement (p. ex., toxicomanie, traumatisme, trouble du spectre de l'autisme, autres troubles neurodéveloppementaux)
- **Comportement suicidaire** ou meurtrier ou enjeux de sécurité à brève échéance
- Grave dysfonctionnement psychosociaux
- Absence de réponse au traitement ou effets indésirables graves du traitement
- Dépression récurrente ou persistante
- Prise en charge des comorbidités psychiatriques qui ne répondent pas au traitement

b. Où ?

Aux urgences :

Si le risque suicidaire est considéré élevé.

- Selon l'HAS : « **Tout enfant ou adolescent ayant fait une tentative de suicide récente doit être orienté vers un service d'urgences**, quel que soit le niveau d'urgence suicidaire actuel ».

Une prise en charge libérale

L'accompagnement psychologique étant la pierre angulaire du traitement, les psychologues libéraux maillant nos territoires sont donc essentiels, sous réserve d'un accès au soin dépendant des ressources financières adéquates.

Bonne nouvelle ! Il existe maintenant le dispositif « **Mon soutien psy** » qui permet à toute personne (dès 3 ans) angoissée, déprimée ou en souffrance psychique, de bénéficier de maximum 8 séances par année civile d'accompagnement psychologique avec une prise en charge par l'Assurance Maladie. Le psychologue doit être conventionné avec l'Assurance Maladie et partenaire du dispositif.

Il existe un annuaire dédié : (Ne pas hésiter à renouveler ses recherches, ça bouge régulièrement au gré des conventionnements)

<https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue>.

Les critères d'inclusion :

Ce dispositif s'adresse **aux enfants et adolescents de 3 à 17 ans inclus qui présentent une situation de mal-être ou souffrance psychique d'intensité légère à modérée**, pouvant susciter l'inquiétude de l'entourage (famille, milieu scolaire, médecin, etc.).

Ne sont pas concernés par le dispositif Mon soutien psy :

- les enfants âgés de moins de 3 ans ;
- les enfants ou adolescents nécessitant d'emblée un avis spécialisé (psychiatre ou pédopsychiatre) :
- risques suicidaires ;
- formes sévères de troubles anxieux ou dépressifs ;
- troubles du comportement alimentaire avec signes de gravité : variation du poids de plus de 1 kg /semaine depuis quelques semaines, IMC bas (enfant adolescent : < 3e percentile ; adulte < 17), crises de boulimie / hyperphagie ne permettant pas le maintien de l'activité scolaire / professionnelle ou retentissement somatique important, comorbidité psychiatrique sévère ou

risque suicidaire, complications somatiques du surpoids • situations de retrait et d'inhibition majeures ;

- troubles neuro-développementaux ;
 - toute situation de dépendance à des substances psychoactives ;
 - troubles externalisés sévères : • exclusions scolaires à répétition ;
 - retentissement majeur sur la scolarité et les apprentissages ou sur la vie familiale ;
 - trouble des conduites avec acte légal ou médico-légal (arrestation, condamnation, acte hétéro-agressif...).
 - les enfants et adolescents actuellement en cours de prise en charge en pédopsychiatrie ou psychiatrie ou en affection longue durée (ALD) pour motif psychiatrique (ou dans les 2 ans).
- Ces différents profils doivent faire l'objet d'une orientation pédopsychiatrique.

Bon à savoir en pratique : Le consentement des titulaires de l'autorité parentale (parents ou tuteur) est nécessaire pour engager un parcours de soins pour un mineur et permettre le partage, entre les acteurs de ce parcours, dans la mesure où ils ont vocation à en connaître, des informations relatives à sa prise en charge en santé mentale. Vous devez rechercher le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale en orientant votre patient mineur vers un accompagnement psychologique. Si seul un titulaire de l'autorité parentale est présent, vous informez le parent présent qu'il lui incombe de recueillir l'accord de l'autre titulaire de l'autorité parentale. Si l'accord ne peut être obtenu, vous lui demandez d'attester par écrit que l'accord du second parent n'a pu être obtenu pour cause d'impossibilité manifeste pour ce dernier d'être informé et qu'il prend l'entière responsabilité d'accorder seul cette autorisation.

Une prise en charge en structures de soins

Les centres hospitaliers, structures publiques, offrent un accueil d'urgence via les urgences pédiatriques, des services d'hospitalisation et des lieux d'accueil, de diagnostic et de soins orientés vers la santé mentale des enfants et adolescents.

Les Centre médico-psychologiques (CMP) . Les personnes sont accompagnées par une équipe pluri-professionnelle qui regroupe des soignantes et des soignants (psychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers, orthophonistes, etc.), des professionnels du social (assistantes et assistants de service social, éducatrices et éducateurs, etc.). Si besoin, les personnes sont orientées vers des structures adaptées (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique). Chaque personne, en fonction de son lieu d'habitation, dépend d'un CMP particulier avec qui elle peut prendre contact directement. **Les consultations en CMP sont gratuites** ; elles sont entièrement financées par la sécurité sociale.

Les services médico-sociaux éducatifs sont des centres privés portés par structures associatives et conventionnés CPAM.

Le Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) propose des consultations aux enfants et aux adolescents de 0 à 20 ans présentant notamment des difficultés psychiques, des troubles du comportement, des difficultés d'apprentissage. Une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers, psychomotriciennes et psychomotriciens, orthophonistes, éducatrices et éducateurs, assistantes et assistants de service social) assure le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques et du comportement de

l'enfant et de l'adolescent. Les familles et les jeunes peuvent prendre directement contact avec un CMPP afin de fixer un RDV. **Les consultations en CMPP sont gratuites** ; elles sont financées par la sécurité sociale.

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

On y retrouve des Consultations jeunes consommateurs CJC (elles peuvent également être présentes en MdA ou en Point accueil écoute jeunes)

Les structures d'accompagnement Maison des adolescents MdA

Les Maisons des Adolescents (MDA) sont des dispositifs ayant pour missions :

- l'accueil,
- l'information,
- la prévention et la promotion de la santé,
- l'accompagnement et la prise en charge multidisciplinaire (généralement de courte durée) des adolescents (de 11 à 21 ans voire 25 ans selon les dispositifs), de leurs familles et des professionnels qui les entourent.

Le premier contact est réalisé par un éducateur spécialisé ou IDE scolaire. L'accompagnement à suivre peut se faire avec différents intervenants (psychologue, médiation familiale, accompagnement à la scolarité, avocat). Selon les endroits on peut y trouver un pédiatre ou un psychiatre délégué du CHU.

Pour trouver la MdA la plus proche :

<https://anmda.fr/fr/annuaire-mda>

Les Points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ) sont de petites structures conviviales et disséminées sur le territoire, volontairement proches des jeunes et complémentaires des maisons des adolescents (MDA). Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents. **Ces structures accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez vous**, seul ou en groupe jeunes ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, des lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation, échec, attitude conflictuelle, difficultés scolaires ou relationnelles, conduites de rupture, violentes ou dépendantes, décrochage social, scolaire.

Cet accueil est subsidiaire aux dispositifs existants et de droit commun et **n'offre pas de soin**.

Les Espaces Santé Jeunes ESJ sont des lieux d'accueil, d'écoute, de prévention et d'orientation pour les jeunes âgés de 11 à 25 ans, pour leurs parents et pour les professionnels qui travaillent avec un public jeune.

Les équipes des ESJ mènent également des actions collectives de prévention et d'éducation à la santé, dans leurs locaux, dans les établissements scolaires et les structures jeunesse. Les ESJ accueillent les jeunes sur la base de principes reposant **sur la gratuité, l'anonymat et la confidentialité**.

Ils fonctionnent en réseau de proximité avec toutes les structures travaillant avec les jeunes : Éducation Nationale, Missions Locales, Centres de formation, Centres hospitaliers et Centres Médico Psycho-Pédagogique, Maisons Des Adolescents, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Services municipaux, etc. La diversité des professionnels travaillant dans les Espaces Santé Jeunes (médecin, psychologue, éducateur spécialisé, infirmier, animateur de prévention, socio-esthéticienne, etc....) permet de répondre aux demandes variées des jeunes.

c. Comment s'y retrouver ?

L'APMSL et la Mutualité française ont sorti en 2022 un très joli guide des ressources en Pays de la Loire. Ce n'est pas exhaustif mais très complet. Il regroupe les coordonnées des structures de soins (avec cartographie des secteurs) ainsi que de bon nombre de Mda et autres structures d'accompagnement. Le guide complet visionnable ou commandable à cette adresse :

<https://paysdelaloire.mutualite.fr/outils/guide-des-ressources-en-sante-mentale-pour-lesprofessionnels/>

Malheureusement il n'y a pas d'équivalent pour la région centre val de Loire.

Le site carto santé jeune, avec cartes interactives, et qui recense les Espaces santé jeune, Points d'accueil écoute jeune, MdA et consultations jeunes consommateurs sur toute la France.

<http://www.cartosantejeunes.org/?CartoSante>

Et pour le Loiret : Les ressources sur le territoire

- La Maison des adolescents, 24 rue Alsace Lorraine 45000 Orléans 02 34 28 35 08
maisondesados45.fr

11- 25 ans , pas de limite de durée des soins. 2 IDE , 1 assistante sociale, 1 éducatrice spécialisée, 1 psychologue, 1 médecin psychiatre en renfort

- l'EMICEA = équipe mobile d'intervention de crise en faveur des enfants et des adolescents du Loiret 02 38 60 58 17

Adolescent de moins de 16 ans , intervention dans les 72h, à domicile (ou en véhicule aménagé), par binôme de professionnels, ac accord de la famille. Sollicitation par le jeune, la famille ou un professionnel de santé ou du secteur médico-social.

- Csapa La Station 27, rue des Grands Champs 45000 Orléans 02 38 42 22 01_ac notamment des entretiens familiaux, des consultations jeunes consommateurs (pour problématique d'addiction), la Station Game (médiation numérique, pour les addictions aux jeux vidéos)

- l'ASAP, = accueil et soins pour adolescents par la parole 7,rue de la République 45000 Orléans 07 85 25 68 36

Jeunes de 13 à 20 ans exprimant un mal être ; accueil et prise en charge anonymes et gratuits ; max 16 rdv(environ 6 mois d'accompagnement)

Psychologues, 1 médecin psychiatre, rdv dans les 2-3 semaines

Et enfin les CMP (mais délais d'attente...) et l'unité d'hospitalisation à temps complet pour adolescents de l'EPSM (établissement Public de Santé Mentale Georges Daumezon) (mais saturation récurrente...)

d. Des numéros à diffuser

Numéro national prévention du suicide 3114

www.3114.fr

Cette ligne, assurée par des professionnels de soins (infirmier·e·s, psychologues, sous la supervision d'un médecin spécialiste) formés aux missions d'écoute et d'orientation a pour objectifs de :

- Permettre une prise en charge sanitaire immédiate 24H/24 et 7J/7 : il s'agit d'évaluer les personnes ayant des idées suicidaires et de les prendre en charge de façon adaptée (depuis les premières idées de mort jusqu'à la crise suicidaire).
- Ce dispositif s'adresse en premier lieu aux personnes suicidaires, puis à leur entourage, et aux professionnels soignants et non soignants en contact avec elles.

Fil santé jeune 0800 235 236

www.filsantejeunes.com

Plateforme d'écoute et de ressources en ligne, Chat via le site internet de 9h à 22h.

7) Traitement pharmacologique de la dépression de l'adolescent

La psychothérapie est la pierre angulaire du traitement de la dépression de l'adolescent, en particulier la TCC.

Mais un traitement anti dépresseur (=tt ATD) peut-être envisagé après 6 séances de psychothérapie inefficaces, dans les cas de dépressions modérées à sévères. **Le tt ATD doit rester associé à la psychothérapie.**

Le traitement médicamenteux n'est qu'exceptionnellement mis en place en première intention, souvent dans un contexte d'hospitalisation pour un épisode dépressif majeur d'intensité sévère.

Chez l'adolescent, l'effet placebo est important (*une méta-analyse de Bridge indique 61% de réponse positive avec un anti dépresseur qu'il faut mettre en balance avec approximativement 50% de réponses au placebo*).

Les effets secondaires de début de traitement conduisent à de fréquents problèmes d'observance chez l'adolescent.

Le seul produit à avoir l'AMM européenne dans le traitement de l'épisode dépressif de l'enfant et l'adolescent est la **fluoxétine** (=Prozac®), qui peut être prescrite à partir de 8 ans, associée à une prise en charge psychothérapeutique. Les méta-analyses d'essais randomisés ont montré que la fluoxétine se démarquait des autres antidépresseurs dans les études d'efficacité contre placebo.

Bien que hors AMM, le NICE (National Institute for health and Care Excellence) indique que le citalopram (=Séropram®) et la sertraline (=Zoloft®) peuvent être utilisés en seconde intention et que la Food and Drugs Administration (FDA) cite l'escitalopram (=Séroprex®). Les tricycliques

et les I MAOne sont pas indiqués, car moins efficaces et avec effets secondaires potentiellement plus graves.



Variable à prendre en compte : le ratio bénéfice/risque lié à l'augmentation du risque de comportement suicidaire et de comportement hostile lors de l'institution d'un tt ATD chez l'adolescent.

La première alerte date de 2002, par l'agence du médicament du Royaume-Uni : les risques suicidaires seraient multipliés par 1,8 au début du tt.

La fluoxétine a les mêmes risques d'augmentation de l'idéation et du comportement suicidaire et hostile que les autres ATD. **Une surveillance rapprochée initiale est donc conseillée.**

Reste que l'efficacité dans cette tranche d'âge, enfant/ adolescent , est plus modeste que chez l'adulte et elle est mal établie chez les enfants de moins de 12 ans.

Une prise en charge multi-intervenant est toujours préférable, mais les délais d'attente des consultations spécialisées font qu'il peut-être nécessaire d'instaurer un traitement et d'en assurer le suivi immédiat en 'solitaire'.

Conseils pratiques de prescription :

- Avant l'instauration du tt : conseil bio standard, avec notamment élimination d'une hypothyroïdie et ECG pour dépister un QT long, la fluoxétine allongeant l'espace QT, elle peut occasionner une arythmie ventriculaire ; surveillance poids et taille pdt le traitement
- Etudier le risque dépressogène de certains médicaments : isotrétinoïde, contraceptifs hormonaux, corticoïdes, montélukast.. ..
- Dose initiale de 10mg/j, soit 2,5 mL de fluoxétine 20mg/5mL, solution buvable. L'augmentation à 20mg est possible après 1-2 semaines de tt en augmentant progressivement les doses.
- Evaluation si possible hebdomadaire durant le premier mois : recherchant des effets secondaires graves psychiatriques : risque suicidaire et induction d'un tableau maniaque et effets secondaires psychiatriques bénins : anxiété, nervosité et insomnie . Impliquer l'entourage dans la surveillance.
- Rassurer le patient sur les effets secondaires somatiques transitoires : céphalées, nausées, diarrhées, akathisie (=incapacité à rester assis, allongé ou immobile), pouvant pousser le patient à une mauvaise observance. Rassurer également le patient clarifiant le sens de la prescription comme traitement adjuvant lui permettant de renouer avec ses ressources intérieures et ses capacités, limitant le fantasme de l'emprise, d'incompréhension.

La durée du tt est longue, le tt devant être poursuivi de 6 à 12 mois après la réduction des symptômes. L'arrêt progressif est conseillé et si possible pendant les vacances scolaires.

Les dépressions de l'adolescent peuvent être résistantes et il n'y a pas de consensus sur le traitement. Cependant, il convient de s'assurer avant **de l'observance du traitement** et que les comorbidités soient traitées (troubles anxieux, addictions). On s'assurera également que le patient n'est pas exposé de façon continue à des traumatismes (sexuels, conflits familiaux).

On pourra également s'interroger sur la qualité de la psychothérapie

Bibliographie

<https://www.medecin-ado.org/>

<https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/accueil-adolescent-medecine-generale>
Blinder P, Heints A-L and al. L'approche des adolescents en médecine générale, l'adolescent cet inconnu. EXERCER. 2018;141 : 122-132

Blinder P and al. Détection du risque suicidaire des adolescents en soins premiers. Revue Exercer. 2020 ;160 :74-75.

La rédaction. Diagnostic des troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents. Quelques repères cliniques pour gérer l'incertitude. La revue Prescrire. 2009 ;29 :923-925.

INPES. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. Entre nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent. 2009.

Janssen E, Stanislas S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(3-4):74-82. http://invs.santepublique.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html

Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste.Thèse. 2009.

HAS. Questions/réponses – Dépressions de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? Décembre 2014.

HAS. Recommandation de bonnes pratiques. Manifestations dépressives de l'adolescent. Repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Novembre 2014.

HAS. Synthèse. Idées et conduites suicidaires chez l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge. Acteur de soins de première ligne. Décembre 2021.

Lepine C. and al. Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale. EXERCER.2021 ; 177 : 388-394

Grandcolin S. and al. Un outil « communicationnel » peut il aider les médecins généralistes à mieux communiquer avec les adolescents sur la sexualité ? EXERCER. 2013 ;110(suppl 3) :96S.

Chau K. and al. Symptômes dépressifs de l'adolescent et médecine générale. Revue EXERCER. 2018 ;144 :255-263.

Vergne V. and al. Quels sont les domaines de préventions les plus fréquemment oubliés dans les consultations avec les adolescents et les jeunes adultes ? Revue EXERCER. 2021 ;171 : 106-112.

Gallois P., Vallée J-P. L'adolescent déprimé et son généraliste. Revue MEDECINE. 2007 : 99-100.

Kinouani S. Accompagner l'adolescent, contre vents et marées. Revue EXERCER. 2021 ;173 :195.

<https://www.psycom.org/>

Daphne J. and co. Diagnostic et traitement de la dépression à l'adolescence. JAMC. 08-2023 ; 31 volume 195 CMAJ 2023 May 29;195:E739-46. doi : 10.1503/cmaj.220966-f

Welniarz B. Actualités du traitement pharmacologique de la dépression de l'adolescent. *L'information psychiatrique 2018*

Pour aller plus loin :

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-jeunesse-le-mal-de-vivre>

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/etre-et-savoir/harcelement-sante-mentale-quel-droit-au-bien-etre-pour-les-enfants-8856940>

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/sous-les-radars/la-pedopsychiatrie-en-souffrance-6496370>