

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Manifestations dépressives à l'adolescence

2. Prise en charge thérapeutique en soins de premier recours

Novembre 2014

AE

Il est recommandé d'assurer un maximum de continuité entre les personnes impliquées dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge thérapeutique.

Lorsqu'on repère une situation à risque, une attitude favorisant le soutien et l'empathie participe à la mobilisation de facteurs de résilience. La transmission d'un souci de soins et de ses propres représentations sur les soins participe à la mobilisation de l'entourage et au processus thérapeutique.

SUIVI SOMATIQUE ET RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

AE

Il est recommandé de réaliser un suivi somatique de l'adolescent déprimé.

L'examen clinique lors du suivi comprend au moins la mesure de l'IMC et la prise de la tension artérielle.

Des examens complémentaires peuvent être réalisés en fonction de la clinique, notamment un bilan biologique en vue d'un diagnostic différentiel.

AE

Il est recommandé de ne prodiguer des conseils hygiéno-diététiques qu'avec circonspection et après avoir établi une alliance thérapeutique. Cela évitera de renforcer une perte d'estime de soi, une image dévalorisée du corps, une hyperactivité physique, des obsessions alimentaires ou des idées dysmorphophobiques.

PSYCHOTHÉRAPIE (THÉRAPIE RELATIONNELLE)

AE

Il est recommandé de réaliser en première intention une psychothérapie chez un adolescent présentant un épisode dépressif caractérisé (EDC).

Des approches à médiation corporelle, imaginaire ou créatrice peuvent être proposées en association pour favoriser l'acceptation des soins psychothérapeutiques par l'adolescent et sa famille.

Les données actuelles ne permettent pas d'affirmer la supériorité d'un type de psychothérapie sur un autre.

AE	Il est recommandé qu'une thérapie de soutien soit réalisée par un professionnel formé et habitué aux adolescents. Son efficacité sera évaluée après 4 à 8 semaines.
AE	En cas de résistance ou d'aggravation des symptômes après 4 à 8 semaines, il est recommandé de mettre en place une psychothérapie spécifique.
AE	Une psychothérapie spécifique ¹ est recommandée face à une dépression sévère ou complexe : dépression persistante, associée à des comorbidités ou des difficultés relationnelles et/ou familiales.
AE	Il est recommandé de choisir le type de psychothérapie spécifique le plus adapté à la situation avec un avis spécialisé et de présenter cette psychothérapie au patient et à ses parents.
AE	En cas de résistance ou d'aggravation des symptômes après 4 à 8 semaines ou de signe de gravité empêchant tout travail relationnel, il est possible d'associer un traitement antidépresseur.

TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

Place des traitements psychotropes

Le traitement médicamenteux :

- ne se substitue pas à la psychothérapie ;
- ne doit jamais être prescrit isolément ;
- est seulement indiqué dans un nombre réduit de cas.

Antidépresseurs

AE	Il est recommandé de ne pas prescrire un traitement antidépresseur dès la consultation au cours de laquelle le médecin a identifié une problématique dépressive.
AE	Il est recommandé de ne pas prescrire un antidépresseur pour traiter : <ul style="list-style-type: none"> ■ les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère (selon le DSM-5 ou la CIM-10) ; ■ les symptômes dépressifs subsyndromiques : symptômes isolés ou en nombre insuffisant pour remplir les critères d'un EDC (selon le DSM-5 ou la CIM-10), ou symptômes d'intensité sévère mais d'une durée inférieure à 15 jours.
AE	Même dans les EDC d'intensité modérée à sévère (selon le DSM-5 ou la CIM-10), il est recommandé de ne pas prescrire en première intention un traitement antidépresseur, ni seul ni associé à une thérapie relationnelle. Le traitement antidépresseur ne peut se justifier qu'en cas : <ul style="list-style-type: none"> ■ de résistance ou d'aggravation après 4 à 8 semaines de psychothérapie (thérapie relationnelle) ; ■ ou de signe particulier de gravité empêchant tout travail relationnel, dans l'objectif d'obtenir une réduction symptomatique susceptible de permettre le travail psychothérapeutique et de réduire le risque de rechute/récidive. Il est recommandé d'associer au traitement antidépresseur une psychothérapie adaptée.
B	En cas de prescription d'un traitement antidépresseur, seule la fluoxétine est recommandée dans l'EDC de l'adolescent dans le cadre des soins de premier recours ² .
C	Il est recommandé de surveiller étroitement le patient par des consultations régulières surtout dans les premières semaines qui suivent l'introduction du traitement pour rechercher un comportement suicidaire, une majoration de l'hostilité, une agitation ou un autre facteur majorant le risque suicidaire (conflit interpersonnel, alcool, etc.). Le patient et son entourage doivent être informés sur ce sujet pour consulter rapidement en cas de modification de l'humeur.
C	Il est recommandé d'effectuer un suivi de croissance et de maturation sexuelle (courbe staturo-pondérale, IMC, stade de Tanner). Lors d'une prescription chez un adolescent prépubère, au-delà de 3 mois de traitement antidépresseur, une surveillance du bilan endocrinien est recommandée et une consultation avec un pédiatre doit être envisagée en cas de doute sur le déroulement de la croissance ou de la maturation sexuelle.

1. Les thérapies autres que la thérapie de soutien sont des psychothérapies spécifiques.

2. Dans son avis du 9 juillet 2014, la commission de la transparence a considéré que le service médical rendu par Prozac® était insuffisant chez l'enfant âgé de 8 ans et plus dans les épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) modérés à sévères, en cas de non-réponse à l'issue de 4 à 6 séances de prise en charge psychothérapeutique. Le rapport efficacité/effets indésirables de la fluoxétine est mal établi dans cette indication.

Il est souhaitable que la durée totale du traitement antidépresseur d'un EDC se situe entre 6 mois et 1 an dans le but de prévenir les récurrences. L'arrêt du traitement ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement médical.

Anxiolytiques et hypnotiques

AE

Il est recommandé de ne pas prescrire en première intention un traitement anxiolytique ou hypnotique, notamment pour traiter l'insomnie, l'anxiété ou une comorbidité anxieuse associée chez un adolescent présentant un EDC. Si le traitement anxiolytique ou hypnotique est nécessaire, il doit être de courte durée et accompagné par des mesures hygiéno-diététiques et une psychothérapie.

En cas d'urgence

AE

Il est recommandé de ne pas prescrire un antidépresseur dans une situation d'urgence qui nécessite une prise en charge immédiate, éventuellement en milieu hospitalier.

D'autres psychotropes sont plus adaptés en situation d'urgence pour traiter :

- une insomnie importante associée ;
- une attaque de panique associée ;
- des symptômes psychotiques sévères associés ;
- une agitation anxieuse.

INTERVENTIONS SUR L'ENVIRONNEMENT

AE

L'intervention ne doit pas se limiter à l'adolescent seul. Il est recommandé de mobiliser l'entourage familial, social et scolaire.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie	C	Faible niveau de preuve
B	Présomption scientifique	AE	Accord d'experts

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

