



HAL
open science

État des lieux des connaissances et des pratiques de dépistage et de diagnostic de la dépression de l'adolescent par les médecins généralistes dans les Landes

Lauren Clouard

► To cite this version:

Lauren Clouard. État des lieux des connaissances et des pratiques de dépistage et de diagnostic de la dépression de l'adolescent par les médecins généralistes dans les Landes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03134561

HAL Id: dumas-03134561

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03134561>

Submitted on 8 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2021

Thèse n°10

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 28 Janvier 2021

Par CLOUARD Lauren
Née le 16.04.1991 à Rennes (35)

**État des lieux des connaissances et des pratiques de
dépistage et de diagnostic de la dépression de l'adolescent
par les médecins généralistes dans les Landes**

Directrice de thèse
Madame le Docteur Céline PINTAT

Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD
Monsieur le Docteur Christophe ADAM
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL
Madame le Docteur Capucine GREHAL
Madame le Docteur Céline PINTAT

Président du jury
Juge
Rapporteur
Juge
Juge

REMERCIEMENTS

À notre président, Monsieur le Professeur Manuel Bouvard, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse.

Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mon Rapporteur, Monsieur le Docteur Yves Montariol, pour avoir accepté de juger ce travail et pour vos remarques utiles, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Christophe Adam, pour avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma gratitude.

À Madame le Docteur Capucine Gréhal, qui m'a fait l'honneur d'apporter son expérience, sa bienveillance et son esprit critique en siégeant dans mon jury de thèse. Merci pour ta compétence et ton amitié.

À ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Céline Pintat, pour avoir accepté de diriger ce travail, et pour ses conseils avisés, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Au Docteur Jérôme Dimet, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, merci de m'avoir permise de concrétiser cette thèse.

Au Docteur Patrick Pailhes, et l'ensemble des équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mon internat et qui ont confirmé mon goût pour la médecine générale.

À ma petite maman, partie beaucoup trop tôt, et avec qui j'aurais tant aimé partager ces moments de la vie. Tu me manques terriblement, tu es mon modèle.

À ma grand-mère Jacotte, partie trop tôt mais toujours présente dans mon cœur et dans ma vie, tu me manques tant.

À Jeff, mon fiancé, mon Loulou. Merci pour ton soutien à toute épreuve, ta patience et ton amour depuis maintenant douze ans. Et surtout merci d'avoir accepté de partager ta vie à mes côtés !

À mon papa et mon frère Pierre, mes piliers, mes amours. Merci pour tout votre soutien, votre attention, votre confiance, votre amour et votre humour. Je ne sais pas ce que je ferais sans vous. Je vous aime.

À mes grands-parents. À ma tante Claire et mon cousin Franck. Merci pour votre soutien et votre affection.

À Chantal, Joseph, Benoît et Zoé. Merci pour votre accueil, votre soutien et votre bienveillance.

À Bérengère, mon amie de toujours. Merci pour ta fidélité et ton amitié. Et à Jean-Marie, merci pour tes conseils avisés et pour ton amitié. Revenez vite !

À mes restas Audrène, Hélène et Patou. Merci pour votre soutien, votre amour et vos goûts musicaux. Ne changez rien vous êtes parfaites.

À mon Guigui chéri. Merci pour ton amitié et ta fidélité.

À ma Caro, mon binôme, ma colocataire, mais surtout ma fidèle amie. Merci pour tout ton soutien et ces beaux moments partagés avec toi.

Au groupe vacances, fidèles amis depuis (presque) toujours : Capu, Alice, Guigus, Valent, Ségo, Marie, Caro, Alex, Ugo, Aurèle, Hortense, Arthur, Edouard, Clémence, Mehdi, Cédric, Marina, Arthur, Charlotte, Marc, Alex, Cécile, PE, Briac. Vous êtes au top, merci d'être toujours là.

Aux meilleures perigirls : Claire, Vic, Jess, Lyly, Marine, Anne Cha. Merci pour votre amitié, votre confiance et ces belles années d'internat à vos côtés.

Aux meilleurs périgieux : Matthieu, David, PAF, Thib. Merci pour votre amitié.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	p.2
TABLE DES MATIÈRES.....	p.4
I-INTRODUCTION.....	p.5
II-CONTEXTE.....	p.6
A. L'adolescence : du normal au pathologique	
B. La dépression de l'adolescent	
C. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression de l'adolescent : données actuelles et enjeux	
D. Notre étude	
III-MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	p.27
A. Recherche bibliographique	
B. Choix de la méthode	
C. Modalités de l'étude	
D. Population étudiée	
E. Le recueil des données	
IV-RÉSULTATS.....	p.32
A. Réception des données	
B. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins	
C. L'approche de la consultation d'un adolescent de 13 à 18 ans	
D. Les notions concernant l'EDC de l'adolescent	
E. A propos de l'expérience personnelle professionnelle	
V-DISCUSSION.....	p.49
A. Résultats et implications	
B. Forces et faiblesses de l'étude	
C. Perspectives	
VI-CONCLUSION.....	p.55
VII-RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	p.56
VIII-ANNEXES.....	p.61
IX-LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	p.73
X-SERMENT D'HIPPOCRATE.....	p.75
XI-RÉSUMÉ/ABSTRACT.....	p.76

I-INTRODUCTION

L'adolescence est une phase de développement humain et de transition entre l'enfance et l'âge adulte marquée par de nombreux changements d'ordre physique, psychique et environnemental.

Ces changements peuvent être la source de perturbations émotionnelles responsables d'une fragilité et d'une vulnérabilité propres à cette classe d'âges.

Différentes théories scientifiques regroupées en sept modèles principaux, et développées ci-après, permettent d'expliquer en partie les spécificités développementales au cours de l'adolescence.

L'un des enjeux de santé publique est le repérage et la prise en charge des troubles dépressifs de l'adolescent.

En effet, la prévalence de la dépression de l'adolescent varie entre 4 et 8% selon les études et les conséquences peuvent être majeures sur le développement et la santé.

Parmi les principaux risques liés aux troubles dépressifs de l'adolescent, le risque suicidaire est le plus préoccupant par sa fréquence et sa gravité. Mais le développement d'autres comorbidités psychiatriques, la prise de substances toxiques, ou les répercussions sociales, familiales et scolaires sont d'autres conséquences graves associées aux troubles dépressifs.

Le médecin généraliste est le personnel de santé le plus fréquenté par l'adolescent et un maillon essentiel dans le repérage des troubles psychiques des jeunes. Environ 6 à 8 % des consultations des adolescents sont motivées par un problème psychologique.

Pourtant, on estime que 50 à 70% des adolescents souffrant de dépression ne sont pas identifiés par leur médecin traitant et ne reçoivent pas les soins nécessaires.

La présentation clinique initiale est très variée, et il existe certaines spécificités propres à l'adolescence. Par exemple, l'humeur est plus souvent irritable que triste, le ralentissement psychomoteur est variable, ou remplacé par une agitation. Les plaintes somatiques, les troubles du sommeil et de l'alimentation sont fréquents.

Le motif de consultation est aussi rarement d'ordre psychologique, et la consultation peut être perturbée par la présence d'un tiers interférant dans la relation patient-médecin.

Ceci souligne la complexité de la prise en charge de l'adolescent en soins primaires, et des difficultés dans la gestion du repérage et de l'établissement du diagnostic de dépression par les médecins généralistes.

Cette étude a pour but d'établir un état des lieux des connaissances, des pratiques et des attentes des médecins généralistes concernant le dépistage et le diagnostic de la dépression chez l'adolescent.

II-CONTEXTE

A. L'adolescence : du normal au pathologique

1. Définition de l'adolescence

Adolescence vient du latin *adolescencia*, de *ad-olere*, qui signifie « grandir vers », « croître ».

Le dictionnaire Larousse définit l'adolescence comme étant « la période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite ». Il ne précise pas de critère d'âge. (1)

Les âges de début et de fin de l'adolescence sont encore débattus.

Selon l'OMS, l'adolescence est la période du développement humain entre l'enfance et l'âge adulte et correspondant aux âges situés entre 10 et 19 ans. (2)

L'âge de début de l'adolescence ne cesse de diminuer puisqu'au début du xx^e siècle, G. Stanley Hall définit l'adolescence comme la période de développement allant de 14 à 24 ans dans son traité sur l'adolescence. (3)

Si plusieurs sources s'accordent à définir le début de l'adolescence lors du début de la puberté, l'acquisition de l'identité et des comportements adultes sont une définition proposée pour la fin de l'adolescence. (4) Ainsi la fin de cette période de la vie serait très variable d'une personne à l'autre. (4)

2. Spécificités développementales de l'adolescence

L'adolescence englobe des éléments de la croissance biologique et physique et des transitions majeures sur le plan intellectuel, comportemental, affectif, psychologique, social et sexuel. (5)

a) Maturation biologique et développement physique

La maturation biologique responsable des changements physiques de l'adolescent correspond au phénomène de puberté. (6)

La puberté est secondaire à l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysio-gonadique responsable de la poussée staturale, de l'acquisition des caractères sexuels primaires et secondaires, et de l'apparition des premières règles chez la jeune fille. (6)

- La poussée staturale :

Chez la fille, la croissance staturale est un des premiers évènements pubertaires, dont le pic survient le plus souvent avant l'apparition des premières règles, et en moyenne deux ans avant celui des garçons. En moyenne, la poussée de croissance a lieu entre 9,5 et 14,5 ans avec un pic entre 11 et 13,5 ans. (6)

Chez le garçon, la croissance staturale survient plus tardivement, souvent après le début du développement des organes génitaux externes. En moyenne, elle a lieu entre 12 et 17 ans, avec un pic entre 13 et 15 ans. (6)

Ces modifications staturales sont influencées par des facteurs génétiques et environnementaux (nutrition, sommeil, contexte psychosocial et économique, affect et maladies chroniques) notables.

- Les caractères sexuels primaires et secondaires :

Ils correspondent à l'apparition des seins chez les filles, et des organes génitaux (impliqués dans la fonction de reproduction) et de la pilosité dans les deux sexes. Ils sont secondaires à l'augmentation de la sécrétion des hormones sexuelles par les gonades. (7)

- Ménarche chez les filles et mue de la voix chez les garçons :

Les premières règles chez la jeune fille apparaissent en général deux ans après le début du développement mammaire, en moyenne entre 12 et 13 ans. (6)

L'âge de la première éjaculation chez le garçon étant souvent inavoué ou méconnu (survenant involontairement pendant le sommeil), on date le début de la puberté par le début de la mue de la voix. Celui-ci survient le plus souvent entre 13 et 17 ans avec un âge médian de 14,8 ans. (6)

L'évaluation du développement pubertaire en pratique courante est obtenue par l'échelle de Tanner. (7)

Ces transformations morphologiques et sexuelles sont à l'origine d'une perturbation de l'image du soi et de l'image sociale du soi. En effet, l'adolescent ne se reconnaît plus dans ce corps qui lui est étranger et dont les modifications sont extérieures, et des sentiments variés de honte et d'angoisse ou bien d'affirmation et de fierté vont naître. (5)

b) Développement intellectuel et comportemental

L'adolescence est la période de développement de la pensée logique, du raisonnement hypothético-déductif et de la capacité d'abstraction. (6) L'adolescent prend conscience de lui-même, apprend à réfléchir sur son propre être (méta-cognition) et développe une sensibilité aux différences par rapport à ses semblables (cognition sociale). (5)

En fonction de sa scolarité et de son environnement il identifie des centres d'intérêt et des domaines de force et de faiblesse potentiels. (6)

Il identifie de même une réflexion sociétale plus approfondie, des réflexions sur le sens de la vie et une préoccupation augmentée pour l'avenir. (8)

En revanche, malgré une amélioration des capacités à mener un raisonnement complet du début à la fin, la concentration peut être perturbée par des mouvements émotionnels. (8)

D'autre part, il développe son propre code moral en fonction des normes de comportement et des traditions qu'il apprend, accepte ou rejette. (6)

Ce phénomène, ainsi que le processus de maturation cérébrale inabouti et la mauvaise estimation de ses capacités amènent parfois l'adolescent à des comportements à risque et/ou médico-légaux. (5)

c) Développement affectif

Pendant l'adolescence, les régions cérébrales qui contrôlent les émotions (cortex pré-frontal surtout) se développent. (8)

Avant d'acquiescer leur maturation, l'adolescent passe par une phase de labilité émotionnelle au cours de laquelle pensées et actions inappropriées sont en compétition avec des comportements orientés vers un but. Ainsi des conflits émaneraient souvent de situations où le désir de liberté de l'enfant se heurte au besoin de protéger des parents, à des contraintes imposées par l'environnement scolaire ou par l'environnement médical ; (6)

Cette phase se caractérise par des crises apparemment spontanées qui peuvent être difficiles pour l'entourage qui en est souvent la victime. (6) Le terme de crises pourrait englober les réactions aiguës à un facteur de stress, une rupture avec l'état antérieur, ou encore un EDM ou une crise suicidaire.

d) Développement psychologique et social

Au cours de l'adolescence, la famille qui est le centre de la vie sociale de l'enfant, va être progressivement remplacée par un groupe de pairs en tant que centre d'intérêt social principal. Ces groupes de pairs, qui s'établissent selon des critères variables (habillement, apparence, attitudes, intérêts, etc), ont de l'importance pour l'adolescent car ils valident ses choix et les soutiennent dans les situations stressantes.

Ne pas être associé à ce genre de communautés ou groupes pourrait générer des sentiments intenses de différence et d'exclusion et un stress social majeur.

A l'inverse s'ils prennent trop d'importance ils pourraient générer des comportements antisociaux, ou, s'ils ne sont pas suffisamment contrebalancés par le foyer familial ils pourraient pousser l'adolescent à accéder à des demandes dysfonctionnelles du groupe de pairs ou à des conduites à risque. (6)

e) Sexualité

L'adolescence est aussi une période où les fonctions sexuelles et de reproduction apparaissent, associant parfois des désirs sexuels incontrôlables. Les adolescents déterminent progressivement une identité sexuelle, combinant les aspects physiques, intellectuels et émotionnels.

Tout d'abord l'adolescent s'éloigne de ses parents, attiré par le groupe de pairs. Celui-ci lui conférant un certain conformisme, il tente d'atténuer les doutes liés à l'identité et aux transformations physiques.

Puis progressivement la relation amoureuse se structure, nécessitant une bonne intégration de la différence des sexes et de la différence des désirs. Ainsi le désir de la découverte de l'autre apparaît. Ceci peut générer un paradoxe et des souffrances puisque la pleine période d'affirmation d'une singularité et d'une identité se confond avec un besoin de l'autre nouveau. (6)(8)

3. Mécanismes impliqués

Différents courants scientifiques s'attellent à compléter les connaissances sur l'adolescence afin de mieux comprendre les mécanismes impliqués dans chacun des aspects du développement. (9)(10)

On peut considérer que les principales théories se regroupent en sept modèles, vastes et complexes, que nous détaillerons seulement brièvement ici, afin d'en comprendre les grands principes : (11)(12)

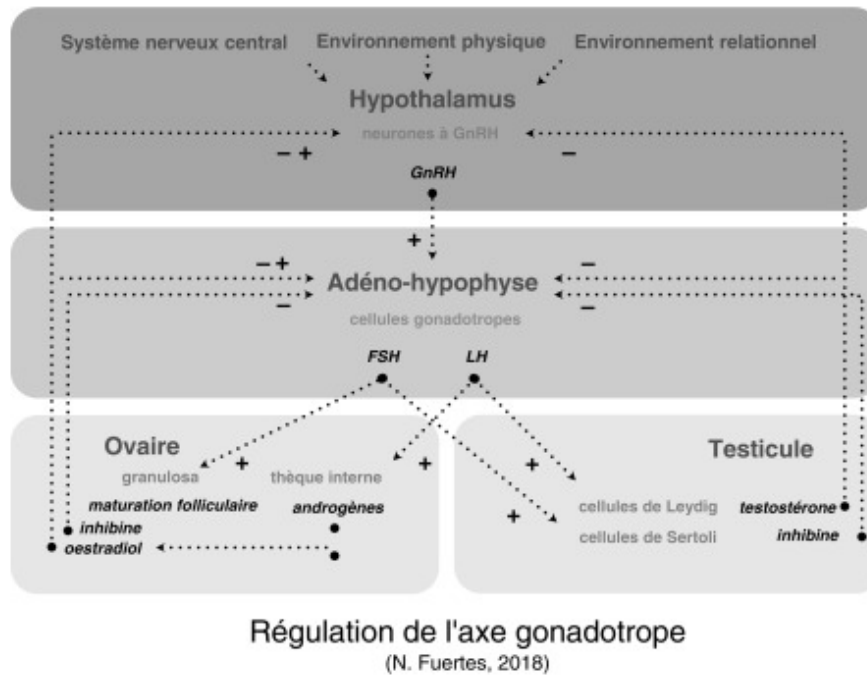
a) Le modèle physiologique : correspondant à la puberté.

Bien que la compréhension du phénomène de l'adolescence se soit complexifiée, puberté et adolescence sont deux phénomènes complémentaires. En effet la puberté vient interrompre le processus linéaire de croissance de l'enfant, et contribue à édifier la plupart des aspects de l'adolescence. (9) (10)

Cette puberté correspond à la maturation rapide de la fonction hypothalamo-hypophysogonadique responsable des modifications précédemment décrites. (10)

En effet, le déclenchement de la puberté est caractérisé par la réactivation de la fonction gonadotrope auparavant quiescente : sous l'effet de la sécrétion pulsatile de l'hormone GnRH par l'hypothalamus, l'hypophyse antérieure est stimulée et va libérer les gonadostimulines LH (hormone lutéinisante) et FSH (hormone stimulant la maturation des gamètes). Ces hormones ont pour organe cible les testicules chez le garçon et les ovaires chez la fille et vont fortement stimuler la production de testostérone et d'estradiol respectivement. (10)

On peut schématiser l'axe hypothalamo-hypophysaire de la façon suivante :



De plus, la croissance tissulaire et l'accélération de la croissance staturale résultent des hormones sexuelles mais aussi de l'hormone de croissance (GH) et de son effecteur *l'insulin-like growth factor 1* (IGF-1), dont la sécrétion est dépendante des estrogènes chez la fille, mais aussi chez le garçon via l'aromatisation de la testostérone. (10)

Par ailleurs d'autres facteurs influencent la puberté :

- Le rôle du système nerveux central (SNC) :

Plusieurs neuromédiateurs du SNC, et en particulier l'acide gamma-amino-butyrique (GABA), inhibiteur, et le glutamate, stimulateur, modulent la sécrétion des neurones à GnRH. De même, les cellules gliales, par l'intermédiaire de facteurs de croissance, et le récepteur GRP54, couplé aux protéines G, et son ligand la kisspeptine-1, influencent l'activité des neurones à GnRH et des gonades. (13)

- L'environnement physique :

La nutrition, la santé générale et l'altitude modulent le début de la puberté supposant que des gènes multiples interagissent entre eux et avec l'environnement. (14)

- L'environnement relationnel :

Certaines études ont montré que le soutien parental est un facteur prédictif du ralentissement pubertaire. Inversement, la précarité socio-économique, l'adversité précoce, la présence de conflits familiaux et l'absence du père favoriseraient une puberté précoce.

(14)

b) Le modèle socio-anthropologique

Les sociologues décrivent l'adolescence comme un phénomène culturel, ce qui signifie que chaque jeune réalise un parcours singulier en fonction de son propre environnement. Selon les travaux de Malinowski, Benedict, Kardiner et Linton, l'émergence et la conflictualité adolescente reposent sur la complexification de notre société avec trois piliers principaux : la prolongation de la scolarité, l'entrée de plus en plus différée dans la vie active, et le bouleversement du modèle familial avec une perturbation des rapports d'autorité. (10)

Trois aspects évolutifs se dégagent actuellement : l'organisation sociale en classe d'âge, la rapidité des changements d'une génération d'adolescents à une autre, et l'émergence d'une génération intermédiaire qui propose un nouveau style de vie, avec une autorité de l'adulte qui se négocie avec l'adolescent. (10)

Ainsi, la sociologie propose une représentation de l'adolescence comme un phénomène hétérogène. (10)

En revanche, les anthropologues perturbent ce point de vue en soulignant des enjeux transculturels. En effet, pour Quentel, la sortie de l'enfance est un événement généralisable et commun à toutes les sociétés : elle comprend l'abandon de la dépendance parentale et de l'irresponsabilité en devenant une personne à part entière ; Cette transition suscite des conflits internes en rapport avec une nouvelle manière d'exister. (10)

c) Les modèles psychanalytique et attachementiste

Les psychanalystes décrivent l'adolescence comme relativement homogène selon les sociétés. S.Freud, suivi ensuite par d'autres psychanalystes, reconnaît le problème central du corps, de la puberté et de la sexualité. (10)(15)

Au départ l'adolescence est considérée comme l'achèvement et la répétition de l'enfance. Puis progressivement émane un temps développemental à proprement parler au cours duquel le jeune développe des moyens de défense, une émancipation et la construction de l'Idéal du soi avec des problématiques narcissiques. Il se construit une identité. L'adolescent est partagé entre le rejet parental pour fuir les conflits oedipiens et les idées d'inceste maintenant réalisables, et la préservation de ses racines culturelles et des souvenirs dont il a besoin pour s'insérer au sein d'une lignée familiale. (10)

Ainsi les modèles psychanalytique et attachementiste rendent compte des remaniements de l'identité, des changements dans les liens aux objets oedipiens, des enjeux de la séparation et de l'intégration dans la personnalité de la pulsion génitale. (10)

d) Les modèles cognitif et éducatif

L'adolescence correspond à une période de transformations/pubertaires concomitantes à d'importants changements cognitifs.

Trois courants psychologiques apportent un regard sur ces changements :

-la psychologie génétique de Jean Piaget : il propose une approche « constructiviste » c'est-à-dire un développement en interaction permanente avec son environnement, en cherchant progressivement un équilibre par « assimilation et accommodation ». Il décrit l'acquisition de la pensée abstraite, stade de l'intelligence où les capacités réflexives de l'adolescent sont importantes. (10)

-la psychologie sociale et culturelle d'Henri Wallon et Lev Vygotski : ils conçoivent le développement de l'adolescent comme le produit d'une interaction permanente entre des facteurs biologiques, affectifs et sociaux, en insistant particulièrement sur le contexte socioculturel. (10)

-la neuropsychologie et la psychologie cognitive. La psychologie cognitive émerge avec les travaux de Georges Miller et Jérôme S. Bruner dont l'objectif est d'étudier les activités que l'homme utilise pour donner un sens au monde qui l'entoure et à son existence.

La neuropsychologie décrit quant à elle une spécialisation des aires cérébrales. (10)

Ainsi, le point de vue cognitif désigne aussi l'adolescence comme une période de bouleversements avec une forte sensibilité à l'influence sociale, dont les activités engagées à ce moment-là risquent d'avoir une répercussion durable sur la construction cérébrale, cognitive et identitaire.

(10)(16)

e) Les modèles systémique et stratégique

Ces modèles insistent sur l'influence du « système familial » et du contexte relationnel sur les comportements individuels ; Ils valorisent la place de la famille et de ses ressources, fragilisée par l'entrée dans l'adolescence et ses enjeux pubertaires. L'adolescent doit pouvoir faire un lien entre sa famille, l'école, ses amis, en particulier à une période où il est peu demandeur de soins. (10)

Le modèle systémique repose sur la théorie que l'individu seul n'existe pas, et qu'il est en interrelation avec d'autres personnes dans un contexte donné. Ainsi l'adolescence est une crise individuelle qui s'accompagne d'une crise familiale avec une modification de l'organisation du foyer et des relations. (10)(17)

f) Apport de l'épidémiologie psychiatrique et comportementale

L'épidémiologie psychiatrique s'est imposée avec l'apparition de l'« *Evidence Based Medicine* » comme une source majeure des publications depuis la fin des années 1970.

Elle met en évidence la forte morbidité associée à la période de l'adolescence.

En effet les enquêtes épidémiologiques décrivent l'importance des conduites dites « particulières » (tentative de suicide, conduite boulimique, consommation de toxiques etc) et des maladies telles que l'anorexie mentale, la boulimie nerveuse, la dépression, etc dans la population adolescente. Parallèlement, l'épidémiologie analytique cherche à cerner les caractéristiques des sous populations atteintes par chacun des troubles pour un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge ultérieure. (10)(18)

g) Le modèle neurophysiologique du fonctionnement cérébral

Des chercheurs suggèrent que les hormones pubertaires puissent modifier la structure et la fonction du cerveau humain en développement.

Des images en IRM ont permis d'identifier des changements dans la matière grise corticale du cerveau pendant l'adolescence : au niveau des cortex frontaux, temporaux et pariétaux, on met en évidence un pic de croissance de leur volume au début de l'adolescence puis une diminution ultérieure chez l'adulte jeune en lien avec un élagage synaptique correspondant à un affinement des fonctions neuronales. Cet affinement neuronal est dépendant des hormones sexuelles, des stimulations sociales, émotionnelles et comportementales de l'adolescent. (8)

De même il est décrit une augmentation de la matière blanche au début de l'adolescence dont résulte une amélioration de la vitesse de transmission neuronale. (8)

D'autre part l'adolescence est le moment où il existe la plus grande disparité de maturation entre le système limbique (contrôle le traitement de la récompense, l'appétit, la recherche du plaisir) et le cortex préfrontal (contrôle la planification, la régulation émotionnelle, la prise de décision et la conscience de soi), susceptible d'expliquer une plus grande prise de risque à cette période. (8)

Ceci peut être illustré par le schéma suivant ☹️(8)

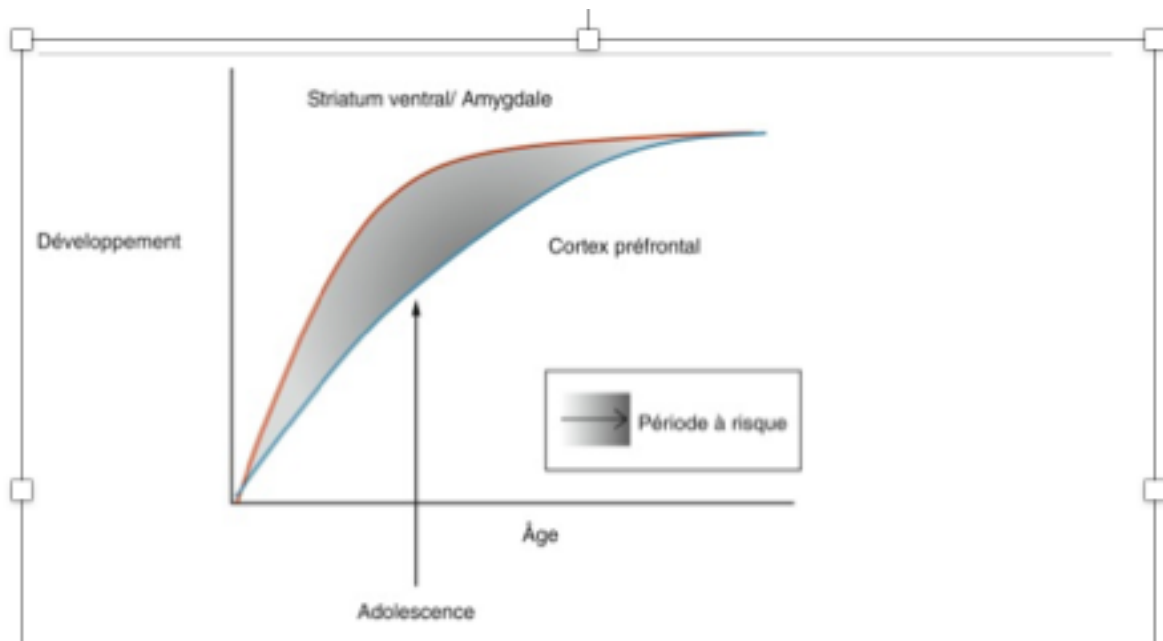


Figure 1 : Maturation du système limbique et du cortex préfrontal

Ces données doivent toutefois être modérées, la plasticité cérébrale étant une source de potentialités multiples, la réalité des associations entre les structures cérébrales et les fonctions est probablement plus complexe. (8)(10)(19)

Il apparaît ainsi que la psychopathologie de l'adolescent se construit dans un équilibre autour de différentes théories évoquées ici.

4. Dépressivité de l'adolescent et psychopathologie

Nous venons de voir que l'adolescence est une période au cours de laquelle de nombreuses modifications corporelles, psychiques et environnementales ont lieu. Ces changements peuvent être source de questionnements, de stress ou de tristesse.

Plusieurs approches proposent des modèles de compréhension de ce phénomène, et en particulier le modèle psychodynamique. Celui-ci décrit les changements intrapsychiques ayant lieu au cours de l'adolescence et responsables d'un phénomène de dépressivité, et distingue des formes de dépression masquée, des pathologies dépressives à proprement parler.

Plusieurs définitions ont été ainsi proposées :

Selon Tribolet Shahidi dans les dernières recommandations HAS (20) « il s'agit d'une variation normale de l'humeur, souvent en réaction à une situation de séparation, perte, insatisfaction, menaçante ou frustrante. Elle répond aux situations du milieu, et existe en l'absence des autres symptômes du syndrome dépressif ». Elle serait donc une variation de l'humeur, en réaction adaptée à des phénomènes intérieurs ou extérieurs.

W.Winnicott décrivait quant à lui l'humeur dépressive comme « un brouillard qui recouvre les objets, les masque et les confond, puis petit à petit se lève et permet de découvrir un paysage nouveau vivant et intense ». (21) Elle serait ainsi transitoire et adaptative, et un processus du sujet sain comme variation extrême d'un état « normal ».

Selon P.Mâle en 1971 : « Nous n'avons pas trouvé d'autres mots pour définir cet état particulier à certains adolescents qui n'est pas la dépression, avec son caractère d'angoisse, d'inhibition formelle, de culpabilité exprimée, et qui n'est pas la psychose. C'est un état qui manifeste plutôt un refus d'investir le monde des objets, des êtres. » (22). Il s'agirait donc d'un état de tristesse et de morosité, propre à l'adolescence.

A ces manifestations s'associent souvent l'ennui, comparé à un état d'attente, d'indécision ou de fatigue, qui serait en fait un mode de défense contre les émotions dépressives.

Mais qu'il s'agisse d'humeur dépressive, de morosité ou d'ennui, ce sont des sentiments toujours intermittents, qui se distinguent du pathologique grâce à l'évaluation de l'intensité des symptômes et de leur retentissement sur le fonctionnement (23)(24).

Sur le plan épidémiologique, une enquête de l'ESPAD (1999), estime la prévalence de la dépressivité des adolescents de 14 à 17 ans de 23%. (25) . Notons que dans cette enquête la dépressivité est mesurée avec la version française de l'échelle nord-américaine qui comporte sept items : réveils nocturnes, difficultés d'endormissement, inquiétude, nervosité, manque d'énergie, sensation de « déprime », désespéré en pensant à l'avenir. (25)

Concernant le risque évolutif il s'agit d'une période dont l'issue est la plupart du temps favorable, mais dont l'évolution peut parfois aboutir à des conduites à risque, des comportements violents ou une dépression caractérisée. (26)

Ce phénomène est donc fréquent et doit être reconnu et évalué par les praticiens pour ne pas le négliger, ne pas l'attribuer à un processus pathologique par excès, et surtout ne pas méconnaître une vraie dépression nécessitant des soins.

(27)(28)

B. La dépression de l'adolescent

La majorité des praticiens distingue aujourd'hui les troubles de l'humeur transitoires et modérés ou « dépressivité » décrits ci-dessus, des formes pathologiques de dépression.

La dépression de l'adolescent est d'ailleurs officiellement reconnue lors du quatrième congrès de l'Union Européenne des psychiatres à Stockholm en 1971.

Nous aborderons dans ce chapitre les caractéristiques épidémiologiques et cliniques de cette pathologie. Les aspects thérapeutiques ne sont volontairement pas développés pour plus de concision.

1. Données épidémiologiques

Depuis la reconnaissance du trouble dépressif de l'adolescent, sa prévalence est en constante augmentation.

Selon une étude britannique de Thapar et al. (2012) (30), la prévalence sur un an de l'épisode dépressif de l'enfant est faible (<1%), puis augmente rapidement pour atteindre 4 à 5% en fin d'adolescence. Sur la vie entière de l'adolescent celle-ci est de 15 à 20%, soit la même que celle de la vie entière de l'adulte.

Selon Birmaher et al. (2007) (31), la prévalence de l'épisode dépressif majeur (EDM) de l'adolescent est de 4 à 8% avec une nette prédominance féminine (sex-ratio de 2 :1).

Une méta-analyse de 2006 portant sur 26 études donne quant à elle un taux de prévalence de l'EDM du jeune de 13 à 18 ans à 5,6%. (32)

Enfin Qin et al. (2015) confirment une variabilité des taux de prévalence de l'EDM de l'adolescent de 13 à 18 ans entre 2 et 8%, avec un pic d'incidence au moment de la puberté, et une durée moyenne de chaque épisode de 9 mois. (33).

Les différences de résultats obtenus peuvent s'expliquer selon la méthode diagnostique, l'âge, la période et le sexe pris en compte. Ils s'expliquent aussi selon que l'on considère les critères de l'EDM uniquement ou la dysthymie, les symptômes dits « subdépressifs » ou de « dépressivité ». (10) Cependant, il est possible que ces chiffres soient sous-estimés car les troubles de l'humeur de l'adolescent ont longtemps été sous-diagnostiqués, en partie masqués par les troubles du comportement. (26)

2. Facteurs de risque et repérage

Le dépistage des troubles dépressifs de l'adolescent est un aspect majeur de la prise en charge médicale à cet âge, comme le justifient les données épidémiologiques. Pour cela, le praticien pourra s'aider de l'identification de facteurs de risque et de protection, et de signes évocateurs de dépression grâce à des outils d'aide au repérage.

a. Facteurs de risque et de protection

L'HAS recommande la recherche des facteurs de risque de dépression. (20) En effet, alors qu'aucun facteur isolé ne peut être tenu responsable d'une dépression, leur association est fréquemment retrouvée. (23)

Ils peuvent être regroupés de la façon suivante : (20)

Individuels	<ul style="list-style-type: none"> ● Antécédents de souffrance néonatale, de pathologie somatique de la naissance et de la petite enfance ● Antécédents ou existence d'une maladie chronique ou handicapante ● Antécédents de trouble psychiatrique, notamment de symptômes dépressifs, d'EDC, de risque suicidaire (idéation suicidaire, tentative de suicide, scarification), de troubles des conduites alimentaires et plus largement l'ensemble des troubles internalisés (dont les cognitions négatives) et des troubles externalisés (dont les fugues, les conduites à risque, la consommation à risque de substances psychoactives, les transgressions et la déscolarisation) ● Antécédent traumatique : état de stress post-traumatique, agression physique ou sexuelle, violences communautaires, et être témoin de violence ● Orientation sexuelle non hétérosexuelle (dans certains contextes, notamment en cas de discrimination) ● Puberté précoce ● Sexualité à risque (rapport précoce, non protégé, répété, partenaires multiples) et grossesse à l'adolescence
Environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> ● Mauvaises relations familiales (séparation répétée, placements léra-tifs, négligence, maltraitance, rejet, manque de soutien, indisponibi-lité) et conflit intrafamilial ● Mauvaises relations sociales (victime ou acteur de harcèlement, etc.) ● Événement négatif : agression, mort d'un proche, perte interpers-onnelle, conflit, séparation parentale, déménagement ● Toute psychopathologie parentale, notamment consommation à risque de substances psychoactives et dépression maternelle

Tableau 1 : facteurs de risque de dépression

D'autre part, on reconnaît aussi des facteurs de protection tels qu'une bonne estime de soi, des styles cognitifs optimistes, la qualité du soutien familial, la capacité à utiliser le soutien de l'entourage et la pratique d'une activité physique.

Ces facteurs interagissent entre eux pour favoriser ou protéger contre la dépression (34)(35), en particulier le rôle de l'entourage est plus important chez les jeunes qu'à l'âge adulte.

b. Outils d'aide au repérage

Les questionnaires constituent une méthode de dépistage rapide et économique.

Les recommandations françaises proposent les outils suivants comme aide au repérage individuel (20) :

- Le questionnaire ADRS, pour l'aide à la détection d'un EDM (*Annexe 1*)
- Le questionnaire TSTS-CAFARD, en particulier pour l'approche de la problématique suicidaire (*Annexe 2*)

Mais des publications internationales proposent aussi d'autres questionnaires tels que :

- le questionnaire de santé PHQ-2 (36), largement utilisé dans le dépistage de la dépression chez l'adulte, dont les études suggèrent qu'il peut être appliqué chez l'adolescent (37).
- le questionnaire SDQ qui fournit des éléments supplémentaires pour le dépistage du trouble de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) et des troubles du comportement. (38)

Les personnes obtenant un score supérieur au seuil défini par chaque questionnaire doivent bénéficier ensuite d'une évaluation complète permettant de diagnostiquer ou non un épisode dépressif caractérisé.

3. Diagnostic et spécificités cliniques de l'adolescent

a. Confirmation diagnostique

Le diagnostic d'un EDC est clinique et repose, comme chez l'adulte, sur l'association de troubles internalisés émotionnels, de troubles internalisés cognitifs et de troubles instinctuels, physiques et psychomoteurs. (10)

L'HAS définit le diagnostic de dépression de l'adolescent comme l'association des critères suivants (20) :

- La présence de symptômes parmi les troubles de l'humeur, les troubles du cours de la pensée, les troubles physiques et instinctuels, les cognitions négatives et idéations suicidaires
- Une souffrance clinique significative
- Un retentissement sur le fonctionnement

A ces critères s'ajoutent une durée minimum de 15 jours et la présence d'au moins cinq symptômes parmi ceux cités, dont au moins un des deux symptômes cardinaux : l'humeur dépressive (ou irritabilité) et la perte d'intérêt (ou de plaisir). (39)(40)

Ces critères diagnostiques sont définis par deux classifications internationales : la CIM-10 (*Annexe 3*) et le DSM-5 (*Annexe 4*).

Il convient ensuite d'apprécier l'intensité de l'épisode (léger, modéré, sévère) fonction du nombre de symptômes, ses caractéristiques symptomatiques (avec ou sans caractéristiques psychotiques, mélancoliques ou atypiques, mixtes, anxieuses, catatoniques, du post-partum ou saisonnières), et la caractérisation d'éventuelles idées suicidaires. (23)

La majorité des études récentes se basent sur les critères diagnostiques de ces deux classifications.

b. Les particularités cliniques de l'adolescent

Les chercheurs n'ont identifié aucun critère qui distingue clairement la dépression de l'enfant ou de l'adolescent de celle des adultes. (41) (42)

Pourtant l'adolescent présente un certain nombre de particularités développementales à prendre en compte (23)(43)(44) :

- L'humeur dépressive est rarement exprimée, au dépend de la morosité, l'ennui, ou la labilité émotionnelle
- L'irritabilité remplace ou prédomine souvent la tristesse
- L'humeur peut être « réactive », autrement dit le jeune peut garder la capacité à se réjouir d'un événement positif par exemple, malgré une tristesse persistante
- Le ralentissement psychomoteur peut être fluctuant ou remplacé par une agitation
- Les plaintes somatiques sont fréquentes
- Les troubles instinctuels sont contrastés : anorexie ou boulimie, hypersomnie ou insomnie
- Les pensées négatives correspondent plutôt à une auto-dévalorisation, un sentiment d'impuissance ou de désespoir
- Des comportements négatifs ou d'opposition caractérisent le retrait familial, scolaire et social
- La mort peut être l'objet d'une fascination

Sans oublier que les troubles du comportement tels que les conduites délinquantes ou addictives peuvent être au premier plan (45).

Ainsi les symptômes peuvent être incohérents, inconstants, ou exprimés par une hostilité avec l'absence de plainte directe. Ces caractéristiques peuvent compliquer le diagnostic de dépression de l'adolescent qui passe plus facilement inaperçu, comme les manifestations d'un comportement normal d'un adolescent en « crise ».

c. Diagnostiques différentiels

Lors de l'établissement du diagnostic d'EDC de l'adolescent il convient d'éliminer d'éventuels troubles susceptibles d'en imiter les symptômes (41) :

- Troubles médicaux : infections aiguës ou chroniques (Lyme, MNI, VIH, Hépatite, etc.), troubles neurologiques (traumatisme crânien, épilepsie, tumeur cérébrale, etc), troubles endocriniens et métaboliques (diabète, dysthyroïdies, déficit en B12 etc), maladie auto-immunes (LED)
- Iatrogénie médicamenteuse : stéroïdes, contraceptifs oraux, recherches en cours sur l'isotrétinoïne, anticonvulsivants, neuroleptiques, B-bloquants
- Troubles mentaux : trouble d'adaptation, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), les troubles anxieux, le trouble de stress post traumatique, la schizophrénie
- La consommation de substances psychoactives

4. Evolution et pronostic

a. Comorbidités

L'établissement du diagnostic d'EDM chez l'adolescent doit être systématiquement suivi d'un bilan des comorbidités.

En effet, on estime que deux tiers des adolescents dépressifs présentent un trouble psychiatrique comorbide, et 10 à 15% d'entre eux en ont deux ou plus. (46)

Les principales comorbidités psychiatriques sont les troubles anxieux dans 30 à 70% des cas (anxiété de séparation, troubles phobiques, trouble anxieux généralisé...) qui augmentent la sévérité et la résistance des troubles dépressifs ; les troubles externalisés (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, fugue) ; les TOC ; les Troubles du comportement alimentaires (TCA) ; les troubles de la personnalité ; le trouble schizophrénique. (23)

Par ailleurs, la consommation de substances est aussi fréquemment associée aux troubles dépressifs puisque l'on estime un sur-risque de consommation multiplié par deux pour le tabac, par trois pour l'alcool, par quatre pour le cannabis et par dix pour les autres drogues, par rapport à la population adolescente générale. (47)

La dépression peut précéder ces troubles ou au contraire les compliquer. Dans tous les cas, le diagnostic comorbide doit être fait, et peut nécessiter des évaluations médicales répétées car ils peuvent altérer fortement l'évolution et le pronostic de la dépression.

Par ailleurs, des études sont en cours pour établir un éventuel lien de causalité entre les troubles mentaux de l'adolescent et des pathologies chroniques médicales.

b. Chronicité, récurrence et évolution

La durée de l'EDM de l'adolescent varie de 3 à 9 mois en moyenne selon les populations concernées. (48)

En effet, plus de 90% des adolescents déprimés présentent une période de rémission clinique. Pourtant la dépression est une pathologie qui se chronicise puisque l'on estime qu'à un an 50% des adolescents restent déprimés, ce taux étant de 20 à 30% à 2 ans.

C'est aussi une pathologie récidivante puisque à 5 ans environ la moitié des patients ont présenté une récurrence quelle que soit la prise en charge thérapeutique mise en place. (49)(50) Cette forme chronique n'est pas sans conséquence puisqu'elle atteint le fonctionnement de la personne et peut se compliquer des comorbidités décrites ci-dessus.

Les facteurs de risque de persistance de l'EDM ou de résistance médicamenteuse sont essentiellement la gravité et l'ancienneté de l'épisode, la présence de comorbidités, de conflits familiaux et d'évènements de vie négatifs et le manque d'adhésion au traitement.

D'autre part, un des principaux risques est le suicide puisque l'on estime qu'un tiers des adolescents déprimés ferait une tentative de suicide. Cet élément est plus précisément détaillé au paragraphe suivant.

On retiendra aussi que dans 1 à 20 % des cas il existe un risque de développer un trouble bipolaire. (51)

c. Particularités du risque suicidaire

Un des principaux risques liés aux troubles dépressifs est le suicide.

En effet, dans un contexte où le suicide est la seconde cause de mortalité chez les 15-24 ans en France (52), il existe une forte association entre le comportement suicidaire et les troubles dépressifs chez l'adolescent.

Concernant les tentatives de suicide, en population générale adolescente en France, leur fréquence est estimée à 6,5% (8% chez les filles, et 5% chez les garçons) (53). Rare avant dix ans, son incidence augmente pour atteindre un pic entre 16 et 18 ans, avant de décroître.

Ses facteurs de risque sont multiples, répartis en facteurs individuels, familiaux et environnementaux, avec la pathologie psychiatrique au premier plan.

De nombreuses études, citées dans les ouvrages de Pommereau (54) et Védrine (55) montrent la fréquence élevée des troubles dépressifs chez les adolescents suicidants, et en ce qui concerne l'EDM, les chiffres varient entre 68 et 81%. Inversement, les mêmes études prospectives montrent que 70% des adolescents présentant un EDM ont fait une TS dans les trois années qui ont suivi. Ce chiffre plus modéré dans d'autres études (entre un quart et un tiers sur la vie entière) est toutefois non négligeable. (10)

Il semble y avoir aussi un lien entre la gravité de l'EDM et le risque suicidaire d'une part, et entre la gravité de l'EDM et l'efficacité des moyens létaux mis en place d'autre part. (56)

Ainsi, la sévérité de la dépression est le principal facteur qui distingue, chez la population adolescente, les idéateurs suicidaires uniques des idéateurs persistants.

Concernant le suicide, en France la mortalité moyenne par suicide chez les 15-24 ans est de 7,7 pour 100 000. Cette fois-ci, il existe une nette prédominance masculine : environ huit garçons pour deux filles, qui peut s'expliquer par des conduites violentes et des consommations de toxiques plus fréquentes dans cette population.

Les moyens létaux les plus fréquemment utilisés sont la pendaison, la chute d'une hauteur ou les armes à feu.

Dans une étude de Marcelli et al. portant sur 53 suicides d'adolescents, 94% d'entre eux avaient un trouble mental dont 51% un trouble dépressif. (52)

Il existe donc une corrélation nette entre le comportement suicidaire (TS et suicide) et les troubles dépressifs chez les adolescents, justifiant la recherche systématique d'une idéation suicidaire dans ce cas.

Afin de faciliter le praticien dans cette tâche, l'HAS propose une liste de signes d'alerte suicidaire qu'il est recommandé de rechercher : (20)

<p>Signes de crise suicidaire</p>	<p>Intentionnalité suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Antécédent suicidaire personnel ou dans l'entourage* ● Communication directe ou indirecte d'une idéation suicidaire** <p>Autre signe transnosographique de crise suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégaration de soi ● Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société) voire syndrome pré-suicidaire de Ringel (calme apparent et retrait masquant le repli dans le fantasme suicidaire) ● Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice pré-suicidaire, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars ● Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée (non calculée) et labilité importante de l'humeur ● Altération de la conscience de soi
<p>Pathologie psychiatrique actuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dépression caractérisée ● Conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives ● Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée
<p>Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Problèmes sentimentaux (séparation) ● Situations d'exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale) ● Situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou passée et en particulier abus sexuels

Tableau 2 : Signes d'alerte suicidaire

C. La place du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression de l'adolescent : données actuelles et enjeux

1. La consultation de l'adolescent

La consultation de l'adolescent chez son médecin généraliste s'inscrit dans le contexte précédemment décrit de bouleversements physiques, psychiques et environnementaux avec des rapports à la parentalité et à l'adulte en général modifiés. Elle représente un enjeu notable puisqu'elle est l'occasion d'une écoute et d'un dépistage dans une période où les jeunes consultent peu. (29)

Les données épidémiologiques suggèrent en effet que la fréquence de consultations est faible (estimée à 2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 par an pour les filles, en moyenne). Pourtant la rencontre n'est pas si rare puisqu'on estime que 75% des adolescents ont vu un médecin dans l'année. (29)

Les motifs de consultation sont souvent influencés et imposés par les parents qui les accompagnent encore dans plus de la moitié des cas à l'âge de 18 ans. Ces motifs sont d'ordre somatique (75% des cas), administratif ou préventif (19%) et plus rarement psychologique (6%), s'opposant à la « dépressivité » qui concerne entre 20 et 35% des adolescents.

La consultation dure en moyenne au moins 10 minutes. Trois quarts des adolescents disent ressentir une bonne compréhension de la part du médecin, mais un tiers explique ne pas avoir pu se confier autant que souhaité. (29)

Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs.

Tout d'abord la demande de l'adolescent est souvent imprécise ou implicite, et la présence du parent peut gêner et rassurer à la fois avec la volonté de s'en détacher malgré tout.

Ensuite, celui-ci se représente difficilement les champs d'action du généraliste, en particulier pour les problèmes psychiques dont seulement 32% pensent qu'ils sont de leur recours.

De plus, le jeune est ambivalent : d'une part sa pudeur, son besoin d'émancipation et d'indépendance, et une certaine défiance de l'autorité le rendront méfiant, timide et superficiel dans ses réponses ; d'autre part il ressent un besoin relationnel important avec ce soignant qu'il respecte et dont il attend qu'il s'intéresse à lui et devine ses plaintes.

Cette ambivalence génère une frustration et un scepticisme à évoquer ses conduites à risque par exemple. (29)

Sous estimant ainsi la symptomatologie, le praticien s'écarte rarement du motif de consultation initial, en particulier pour les questions psychologiques qu'il n'aborde que dans 4% des consultations à motif somatique ou préventif. Il attendra plutôt de constater des symptômes avant de les évoquer, dans un contexte où une crise dépressive ou suicidaire est pourtant pratiquement toujours précédée d'éléments d'alerte passés inaperçus. (29)

Pour obtenir un climat de confiance et de confiance le médecin généraliste devra développer plusieurs compétences :

- Favoriser l'expression en étant attentif à tout l'environnement du patient, et pas seulement à ses paroles. Chaque symptôme doit être replacé dans le contexte actuel et historique du patient.
- Établir une relation au cours de laquelle on valorise l'autonomie et la sécurité de l'adolescent, en évitant jugement ou familiarité.
- Garder une approche empathique et soutenante centrée sur la personne, en considérant l'adolescent comme un individu singulier.
- Le rassurer sur son corps et la normalité de ses plaintes pour valoriser l'estime de soi.
- Lui proposer plusieurs solutions à chaque difficulté, en cherchant toujours son approbation.
- Saisir des occasions pour élargir le contenu de la consultation, avec des termes comme « et à part ça », « mais encore » etc.
- Prendre en compte le sens de l'absence ou de la présence de l'accompagnant en préservant autonomie et confidentialité.

L'HAS recommande pour cela un temps de consultation en présence des parents, puis un temps seul et enfin une phase de restitution. La situation doit s'adapter dans tous les cas au contexte. (20)

- Ne pas hésiter à programmer un autre rendez-vous si l'on suspecte un mal-être

La consultation de l'adolescent est donc complexe et nécessite des compétences relationnelles avant tout. (29)

2. La prise en charge de la dépression de l'adolescent

La dépression de l'adolescent est un enjeu de santé publique majeur.

Au-delà des comorbidités nombreuses, il est reconnu que celle-ci peut avoir des répercussions sur le fonctionnement à court et long terme. On citera par exemple les risques accrus de souffrance morale, de déficience fonctionnelle et d'exposition à la stigmatisation et à la discrimination. Il existe aussi une relation étroite entre la mauvaise santé mentale et de nombreux autres problèmes de santé et de développement des jeunes, notamment en ce qui concerne les résultats scolaires, les relations avec l'entourage, la consommation et l'abus de substances, la violence et la santé sexuelle. (57)(58)

Le système de soins primaires en France permet une possibilité de détection précoce et de traitement des troubles dépressifs chez les jeunes, en particulier par l'accès aux médecins généralistes. Pourtant les études suggèrent que seulement 20 à 30% d'entre eux sont identifiés avec précision par les médecins de soins primaires. Ce taux peut atteindre 40% pour les jeunes atteints de troubles médicaux chroniques. (59)

D'autres études montrent que seulement 50% des adolescents présentant un épisode dépressif caractérisé sont diagnostiqués avant d'atteindre l'âge adulte. De plus, ils confirment que deux tiers des adolescents atteints de ce trouble ne sont pas identifiés par leur médecin généraliste et ainsi ne reçoivent aucun soin spécifique. (60)

Dans son rapport, l' U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) précise qu'elle n'a pas trouvé d'étude évaluant directement le lien entre la détection de l'EDM en soins primaires et l'amélioration de la santé globale. Cependant, elle décrit des études mettant en évidence le lien entre le traitement de l'EDM à l'adolescence et des bénéfices sur la sévérité de la dépression, les symptômes de dépression ou les scores de fonctionnement global. (61)

Par ailleurs, plusieurs facteurs peuvent expliquer le sous diagnostic et le sous traitement de l'EDM chez les adolescents : les particularités cliniques de la dépression adolescente versus celle de l'adulte, les difficultés d'expression verbale des jeunes avec de grandes variations de l'humeur, et l'association avec d'autres troubles psychiatriques sont des éléments de réponse envisageables. De même le manque d'expérience et de connaissances (la dépression de l'enfant et de l'adolescent n'ayant été incluse dans les pathologies psychiatriques qu'en 1980 dans le DSM-III) des médecins de soins primaires ou la difficulté d'appréhender cette tranche d'âges de la population sont des hypothèses envisageables. (62)

D. Notre étude

Au cours de mon internat j'ai été interpellée par le cas de trois patients adolescents dont la présentation clinique était similaire. Ces jeunes étaient tous hospitalisés pour une plainte somatique avec un retentissement majeur sur le fonctionnement, et l'absence de cause identifiée. Après une longue période d'errance diagnostique incluant la répétition d'exams complémentaires et de consultations spécialisées, c'est finalement l'évaluation psychologique qui avait permis de mieux comprendre la situation. Ces plaintes étaient en fait l'expression d'une souffrance psychique ancienne jamais abordée directement par l'adolescent.

Ces trois patients étaient tous suivis par un médecin généraliste avec qui la santé mentale ne semblait pas avoir été abordée non plus.

Ces trois cas suggéraient la complexité de la prise en charge de l'adolescent, à travers des spécificités cliniques et un mode de communication différents de celui de l'adulte.

Je me suis ensuite renseignée sur la question du repérage des troubles dépressifs de l'adolescent et mes premières recherches bibliographiques semblaient confirmer mes hypothèses : l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent était diagnostiqué dans seulement 20 à 50% des cas en soins primaires (59)(60). Mais pourquoi ?

Est-ce un manque de compétences du praticien dans ce domaine ? A cela peut être associée l'hypothèse d'une formation des professionnels de santé insuffisante ou inadaptée ?

Est-ce un manque d'accessibilité aux spécialistes comme aide à la prise en charge des soins primaires ?

Est-ce un défaut d'outils d'aide au repérage ou leur méconnaissance ?

Ou est-ce en lien avec l'organisation de la consultation de l'adolescent et des difficultés de communication avec celui-ci ?

La question de recherche est :

Quels sont les éléments favorables et les freins au dépistage et au diagnostic de la dépression de l'adolescent en soins primaires ?

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'établir un état des lieux des connaissances, des pratiques et des attentes des médecins généralistes concernant le dépistage et le diagnostic de la dépression chez l'adolescent.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Analyser la gestion des situations en lien avec le dépistage et le diagnostic de la dépression chez l'adolescent.
- Établir des profils de médecins.

Dans ce contexte, nous avons choisi de réaliser cette étude sous la forme d'une étude de pratiques des médecins généralistes.

III-MATERIEL ET METHODES

A. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été élaborée avec l'aide de la base de données PubMed, ainsi qu'avec les outils Cismef, Google Scholar, Cochrane, Sudoc et Elsevier Masson.

B. Choix de la méthode

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'établir un état des lieux des connaissances, des pratiques et des attentes des médecins généralistes concernant le dépistage et le diagnostic de la dépression chez l'adolescent.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- Analyser la gestion des situations en lien avec le dépistage et le diagnostic de la dépression chez l'adolescent.
- Établir des profils de médecins.

Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative, son objectif étant l'obtention de données descriptives répondant aux questions posées.

Nous avons choisi de questionner les médecins généralistes de la zone géographique rattachée au centre médico-psychologique pour adolescents de Mont de Marsan, aussi centre de référence de l'étude, et à l'aide d'un questionnaire envoyé par voie postale.

C. Modalités de l'étude

1. Type d'étude

Il s'agit d'une analyse de pratiques, de type observationnel, analytique et rétrospective.

2. Durée de la période d'inclusion

L'étude a débuté le 09/11/2019 lors de l'envoi des questionnaires et s'est terminée le 29/02/2020.

D. Population étudiée

1. Population cible

Notre étude porte sur les médecins généralistes appartenant au secteur géographique du centre médico-psychologique adolescents de Mont de Marsan.

2. Critères d'inclusion

Les médecins étaient identifiés dans l'étude selon les critères suivants :

- Médecins généralistes
- Activité libérale
- Appartenant au secteur géographique du CMP Adolescents de Mont de Marsan

3. Critères de non-inclusion

N'ont pas été pris en compte les médecins spécialistes, les médecins généralistes ayant une activité exclusive de médecine du sport ou nutrition, les médecins salariés, les médecins retraités ou remplaçants.

4. Modalités d'inclusion

Le CMP de Mont de Marsan a établi la liste des communes appartenant à la zone géographique concernée par l'étude.

Ensuite, nous avons listé l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans ces communes. Cela correspondait à un total de 100 médecins.

Les adresses postales des cabinets médicaux de chacun des 100 médecins ont été obtenues par ce même moteur de recherche.

Ainsi le questionnaire a été envoyé par voie postale le 9 novembre 2019. Chaque questionnaire était accompagné d'une enveloppe timbrée et affranchie à l'adresse du Centre de Recherche Clinique de l'hôpital de Mont de Marsan.

5. Élaboration du questionnaire

Afin de répondre aux questions posées nous avons choisi l'envoi de questionnaires portant sur la démographie, les connaissances et la formation des médecins généralistes au sujet des troubles dépressifs et du risque suicidaire de l'adolescent, et de la manière dont ils appréhendent une telle situation. (*Annexe 4*)

32 questions fermées à choix simples ou multiples ont ainsi été élaborées.

Celui-ci a été élaboré sur la base des recommandations HAS 2014 sur la prise en charge de la dépression de l'adolescent. (*Annexe 5*) En particulier, les réponses aux questions portant sur les connaissances théoriques des praticiens sont toutes basées sur ces recommandations HAS. Afin d'étudier les retombées pratiques locales de cette étude, nous avons décidé d'interroger les praticiens sur leurs interlocuteurs privilégiés et leur lien avec le CMP Adolescents de Mont de Marsan.

Un courrier d'introduction expliquant le cadre de la thèse et décrivant le centre médico-psychologique adolescents de Mont de Marsan a été joint au questionnaire. De même, une notice d'informations concernant le cadre légal et réglementaire y était associé, notamment le droit à leurs données.

Les questionnaires étaient anonymes.

6. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude est une évaluation des pratiques pour laquelle nous avons envoyé un questionnaire aux médecins inclus. Ce questionnaire ne comportait que des données non directement ou indirectement nominatives, de cette manière il est impossible de pouvoir identifier un médecin.

Il s'agit donc d'une étude de pratiques. Le protocole a été transmis au Data Protector Officier du GHT des Landes, et suit la Méthodologie de Référence 004.

E. Le recueil des données

1. Choix du référentiel

Pour la rédaction du questionnaire nous avons choisi comme référentiel les recommandations HAS de 2014 concernant les manifestations dépressives à l'adolescence.

2. Données recueillies

Les questionnaires ont été collectés au Centre de Recherche Clinique du centre hospitalier de Mont de Marsan.

Afin d'analyser les résultats obtenus, les réponses à chaque question ont été regroupées de la façon suivante :

- question 11 : les items « particulièrement à l'aise » et « à l'aise de la même façon qu'avec un adulte » ont été regroupés sous le terme « bonne aisance » ; les items « moins à l'aise » et « pas du tout à l'aise » sous le terme « peu d'aisance ».
- question 12 : les items « avec l'adolescent seul » et « avec l'adolescent en présence d'un ou des parent(s) » ont été regroupés sous le terme « déroulement de consultation non recommandée » ; l'item « une partie de la consultation seul et une partie en présence d'un parent » sous le terme « déroulement de consultation recommandée ».
- question 13 : les items « oui parfois » et « non jamais » ont été regroupés sous le terme « démarche non recommandée » ; l'item « oui systématiquement » sous le terme « démarche recommandée ».
- question 15 : les items ont été regroupés afin d'opposer les médecins qui connaissent les recommandations de l'HAS versus ceux qui ne les connaissent pas du tout
- question 16 : l'item « entre 5 et 10% » correspond à la bonne réponse, l'item « entre 0 et 5% » à une sous-estimation, et les items « entre 10 et 15% » et « plus de 15% » à une surestimation. Par soucis de commodités l'item « ne sait pas » a été regroupé avec le groupe sous estimant la réponse.
- question 17 : tous les items sont des bonnes réponses. Nous avons regroupé le groupe des praticiens ayant identifié plus de 3 bonnes réponses sous le terme « bonne maîtrise des facteurs de risque » par opposition à ceux ayant trois bonnes réponses ou moins.
- question 18 : les items « alimentation saine et équilibrée » et « relation amoureuse » étaient incorrectes. Les réponses ont été regroupées en deux groupes : les médecins ayant identifié plus de deux bonnes réponses sont regroupés sous le terme « bonne maîtrise des facteurs de protection » par opposition à ceux ayant identifié deux bonnes réponses ou moins.
- question 19 : les items « restrictions alimentaires temporaires », « réduction du temps de sommeil intermittente du fait de l'utilisation d'Internet par exemple », et « questionnements sur le sens de la vie ou la mort en général » étaient faux. Les praticiens ont été regroupés en 3 groupes : 1) signes d'alerte maîtrisés si < ou = à 1 réponse fausse et > 3 bonnes réponses ; 2) signes d'alerte connus si < ou = 1 réponse fausse ou > 3 bonnes réponses ; 3) >1 réponse fausse et/ou < ou = à 3 bonnes réponses.

- question 21 : les items « conflits intrafamiliaux » et « comportements addictifs » étaient faux. Les praticiens ont été regroupés en 2 groupes : 1) critères diagnostiques maîtrisés si > ou = 4 bonnes réponses identifiées ; 2) critères diagnostiques non maîtrisés si < 4 bonnes réponses identifiées.
- question 22 : tous les items étaient vrais. Le risque suicidaire étant l'élément jugé majeur, les praticiens ont été regroupés selon l'identification de cette caractéristique ou non.
- question 23 : l'item correct était « entre 5 et 10% » ; les praticiens ont été classés selon leur sous-estimation de la réponse, leur bonne estimation ou leur surestimation.
- question 24 : l'item correct était « 6 » ; les praticiens ont été regroupés en « bonne réponse » ou « sous-estimation de la réponse »
- question 25 : l'item correct était « entre 25 et 35% » ; les praticiens ont été regroupés de la même manière que précédemment selon leurs réponses.
- question 28 : tous les items étaient corrects ; Les praticiens ont été regroupés selon leur identification ou non des items « antécédent suicidaire personnel », « communication indirecte d'une idéation suicidaire », et « dépression caractérisée » jugés comme primordiaux.

Les autres questions ont été analysées telles qu'elles.

3. Analyse statistique

Les données ont été saisies sur tableur EXCEL (MICROSOFT) version 2016.

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type.

Les données qualitatives ont été exprimées en proportion et effectifs.

IV-RESULTATS

A. Réception des données

L'envoi postal des questionnaires a permis la réception initiale de 26 questionnaires complétés.

Une relance téléphonique a enfin été effectuée mi-janvier 2020 à l'ensemble des médecins inclus dans l'étude. Elle a permis la réception de 16 questionnaires supplémentaires soit 42 questionnaires au total.

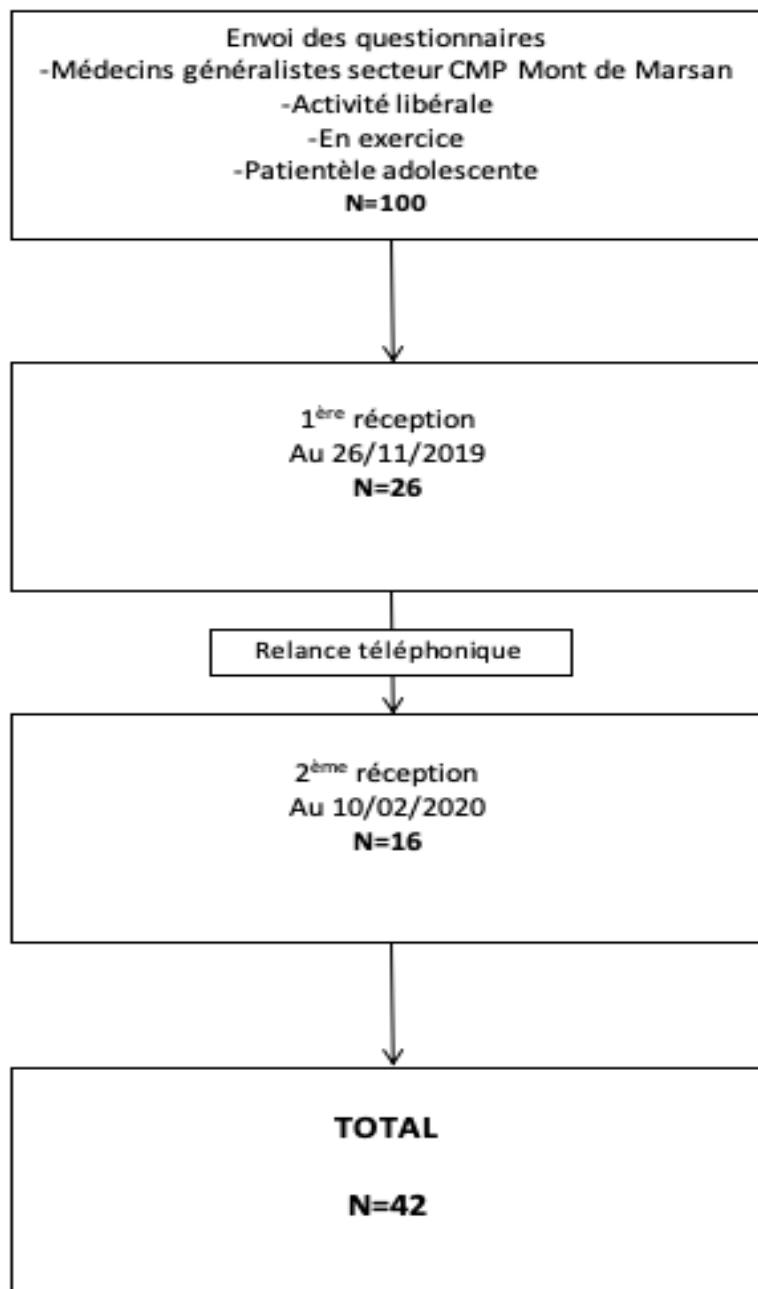


Figure 2: flow chart

B. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des médecins

1. Caractéristiques socio-démographiques

	<i>n</i>	%
Sexe		
Femmes	20	48 %
Hommes	22	52 %
Âge en années (moyenne +/- écart-type)		
	42	52
Femmes	20	46(+/-12)
Hommes	22	54 (+/-11)
Année de soutenance de thèse		
<10 ans	12	29%
10-19 ans	5	12%
20-29 ans	10	24%
30-39 ans	12	29%
>40 ans	3	7%
Année d'installation		
<10 ans	18	43%
10-19 ans	3	7%
20-29 ans	7	17%
30-39 ans	12	29%
> 40 ans	2	5%
Type d'exercice		
Rural	11	26%
Semi-rural	16	38%
Urbain	15	36%
Type de cabinet		
Seul	8	19%
Groupe de médecins	17	41%
Maison de santé pluridisciplinaire	16	38%
Manquant	1	2%
% Activité adolescents 13-18ans		
<10%	17	41%
10-20%	20	48%
20-30%	1	2%
> 30%	1	2%
NSP	3	7%

Tableau 3 : caractéristiques sociodémographiques des médecins

2. Formation et implication universitaire

	n	%
Formation complémentaire		
Aucune	36	86%
Psychiatrie	1	2%
Pédiatrie	4	10%
Les deux	1	2%
Maître de stage universitaire		
Non ou externe	25	60%
SASPAS ou praticien niveau 1	17	41%
Formation sur la dépression adolescente		
Non	29	69%
Externat/Revue/FMC	8	19%
Internat/DIU	5	12%

Tableau 4 : formation et implication universitaire des médecins

a. Formation approfondie en pédiatrie et/ou psychiatrie (DU, DIU, Congrès...)

- Lien avec les connaissances théoriques :

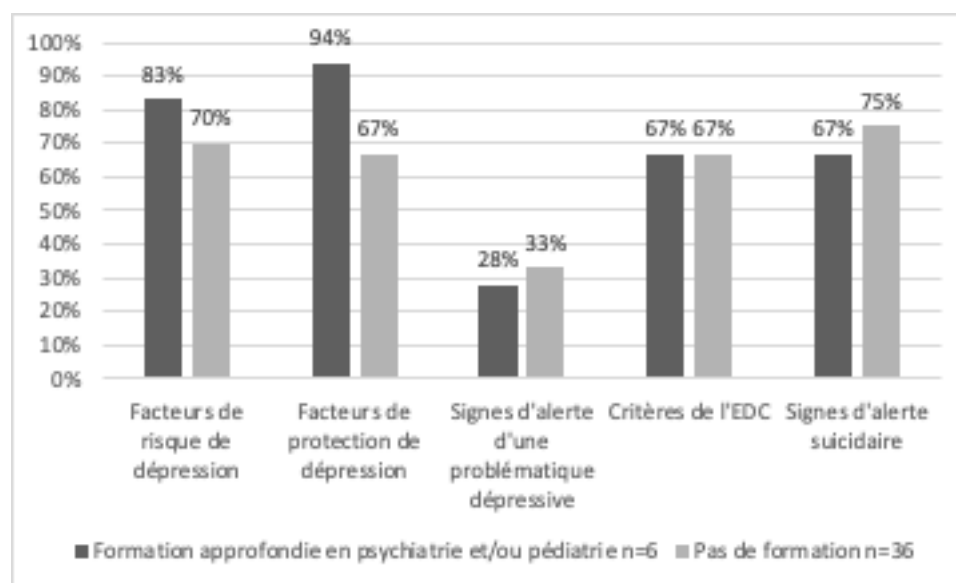


Figure 3 : Formation complémentaire en psychiatrie et/ou pédiatrie et maîtrise des connaissances théoriques : taux de maîtrise de la question posée en fonction de la réalisation d'une formation préalable en psychiatrie et/ou pédiatrie.

- Lien avec le ressenti du médecin :

La moitié (50%) des médecins formés déclarent ressentir des difficultés diagnostiques pour l'EDC de l'adolescent, versus 64% pour les médecins non formés.

b. Formation approfondie sur la dépression adolescente (FMC, internat, externat, revues scientifiques, DU, etc)

- Lien avec les connaissances générales :

En suivant le même raisonnement en fonction de la réalisation d'une formation approfondie sur la dépression adolescente, nous pouvons résumer les résultats dans la figure suivante :

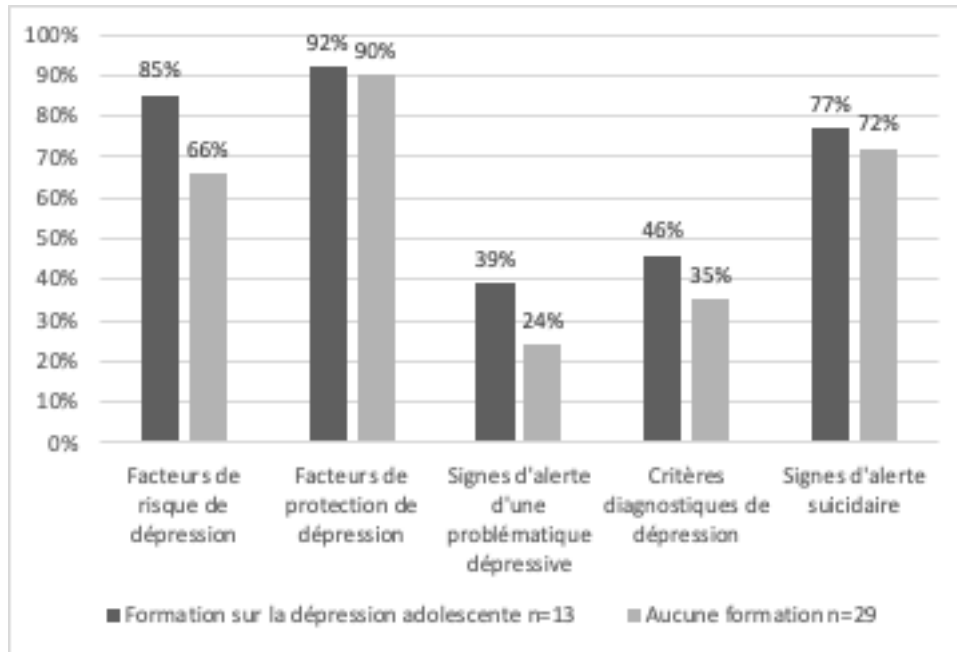


Figure 4 : Formation approfondie sur la dépression adolescente et maîtrise des connaissances théoriques : taux de maîtrise de la question posée en fonction de la réalisation préalable d'une formation sur la dépression adolescente.

- Lien avec le ressenti du médecin :

La moitié des médecins formés (50%) déclarent ressentir des difficultés diagnostiques pour l'EDC de l'adolescent, versus 62,1% pour les médecins non formés.

c. Investissement universitaire des médecins en tant que Maître de Stage Universitaire (MSU) (Externe, Praticien niveau 1, SASPAS)

Les médecins MSU en tant que praticien de niveau 1 ou dans le cadre d'un SASPAS (n=17) maîtrisent les critères diagnostiques de l'EDC dans 53% des cas. Les autres médecins (n=25) les maîtrisent dans 28% des cas.

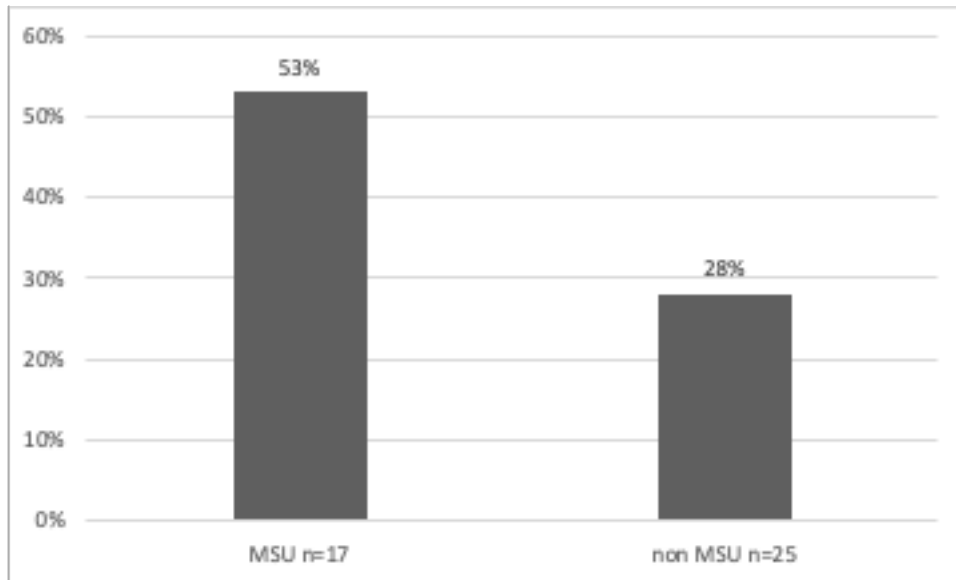


Figure 5 : Implication universitaire et maîtrise des critères diagnostiques de dépression : taux de maîtrise des critères diagnostiques de l'EDC en fonction de l'implication universitaire du praticien en tant que MSU.

C. L'approche de la consultation d'un adolescent de 13 à 18 ans

1. Aisance des médecins avec la population adolescente

Un tiers des médecins (33,3% ; n=14) se déclare peu ou pas du tout à l'aise avec un adolescent.

Nous nous sommes intéressés à la proportion de patientèle adolescente des médecins en fonction de leur ressenti avec l'adolescent :

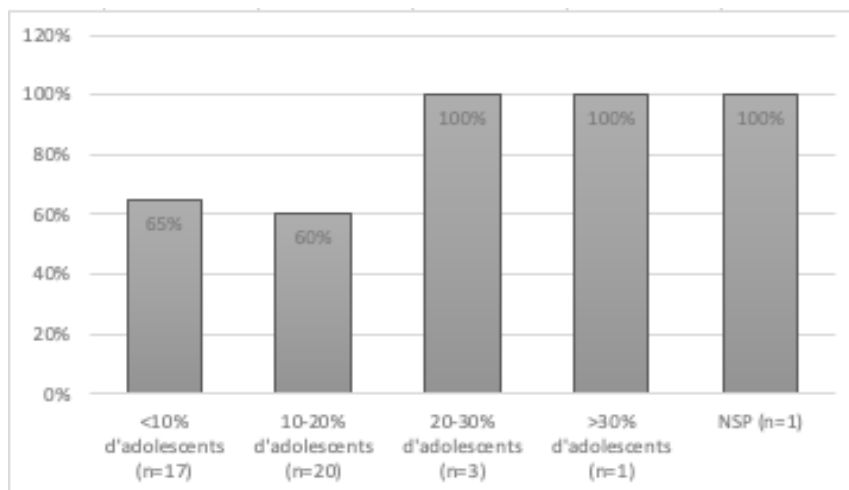


Figure 6 : Aisance des médecins et proportion de patientèle adolescente : taux de médecins à l'aise avec l'adolescent en fonction de la proportion de patientèle adolescente.

Puis nous nous sommes intéressés à l'aisance du praticien avec un adolescent et ses connaissances théoriques:

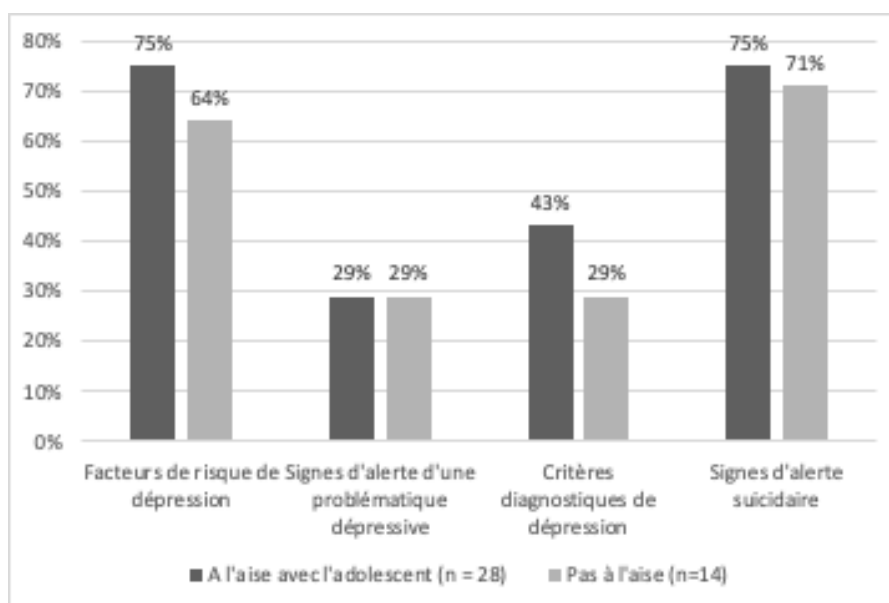


Figure 7 : Aisance du praticien avec l'adolescent et maîtrise des connaissances théoriques : taux de maîtrise de la question posée en fonction de l'aisance du praticien avec l'adolescent

Enfin nous nous sommes intéressés à l'impact de l'aisance du praticien avec l'adolescent sur les difficultés diagnostiques qu'il peut ressentir concernant l'EDC de l'adolescent : 54% des médecins à l'aise avec l'adolescent déclarent éprouver des difficultés diagnostiques, versus 79% pour les médecins ayant moins d'aisance.

2. Présence parentale et consultation avec l'adolescent

Dans 64% des cas (n=27) la consultation est composée d'une partie avec l'adolescent seul et d'une partie en présence d'un ou des parents :

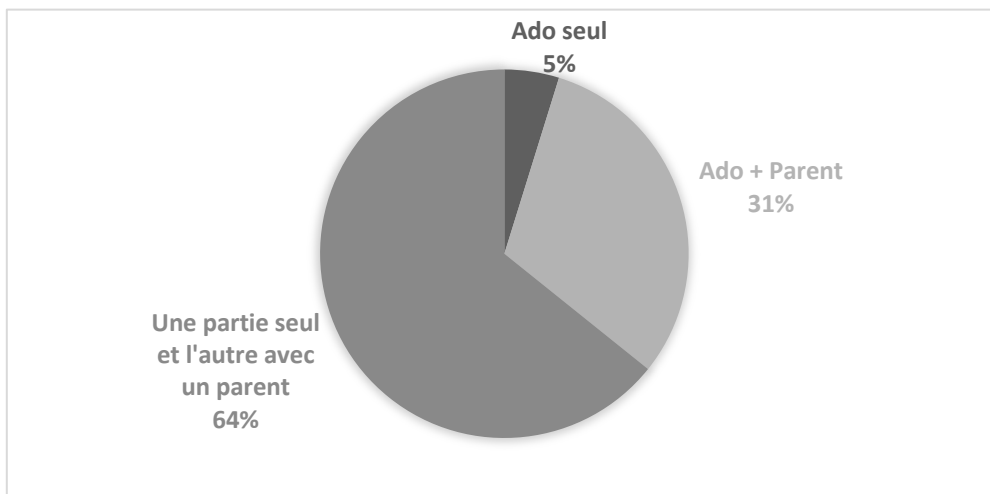


Figure 8 : Déroulement de la consultation avec un adolescent de 13 à 18 ans : présence parentale ou non

Lorsque le praticien souhaite réaliser une partie de l'entretien seul avec l'adolescent il demande systématiquement l'accord parental dans 57% des cas (n= 24).

Puis nous nous sommes intéressés au déroulement de la consultation, en présence ou non des parents, avec les connaissances théoriques :

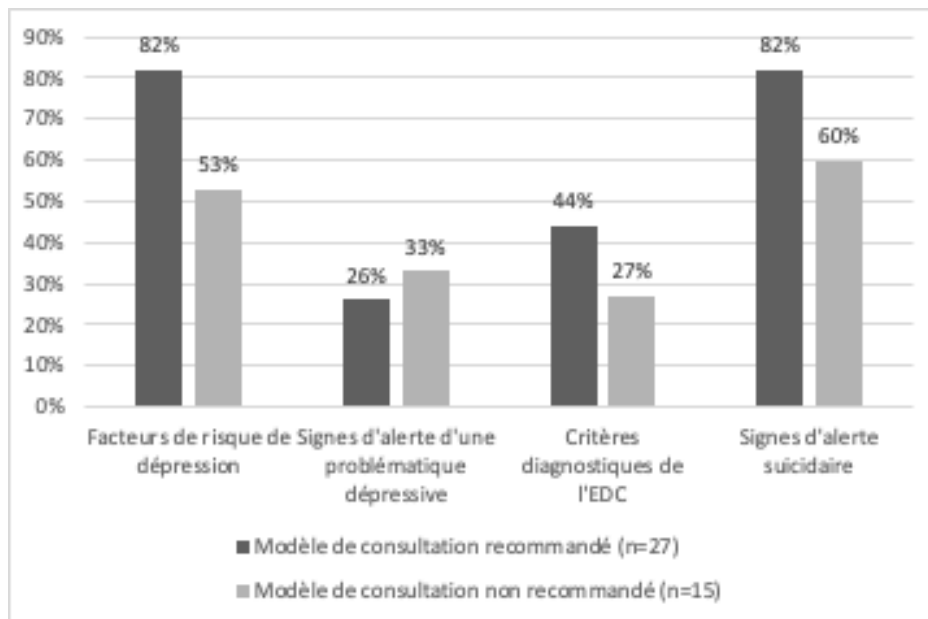


Figure 9 : Organisation de la consultation avec l'adolescent et connaissances théoriques : taux de maîtrise de la question posée en fonction du modèle de consultation appliqué.

L'examen somatique est réalisé systématiquement dans 36% des cas (n=15).

Environ un tiers (33%) des médecins le réalisant systématiquement maîtrisent bien les signes d'alerte d'une problématique dépressive, et lorsque l'on s'intéresse à l'item « douleurs abdominales récurrentes » comme manifestation clinique alertant une problématique dépressive, 93% des médecins réalisant systématiquement l'examen clinique l'ont identifié :

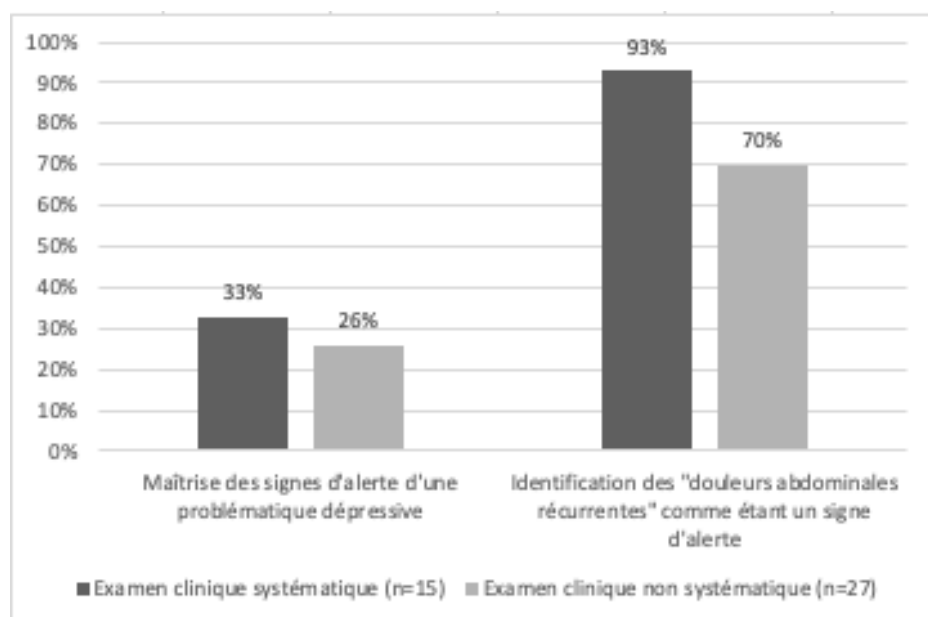


Figure 10 : Examen clinique et dépistage d'une problématique dépressive

Enfin, 33% des médecins réalisant systématiquement l'examen clinique déclarent ressentir des difficultés diagnostiques concernant l'EDC de l'adolescent, alors que ce taux est de 78% chez les praticiens ne le réalisant pas systématiquement.

D. Les notions concernant l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent

1. Connaissance du référentiel HAS

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 69% (n=29) ne connaissaient pas du tout les recommandations HAS parues en 2014 concernant la prise en charge de la dépression à l'adolescence.

2. Notions concernant le repérage des manifestations dépressives de l'adolescent

a. Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC)

Plus de la moitié (52% (n=22)) des médecins connaissent la prévalence de l'EDC de l'adolescent de 13 à 18 ans. En revanche 5% (n=2) d'entre eux la sous-estime, 22% (n=9) la sur-estime, et 21% (n=9) ne savent pas.

Nous nous sommes intéressées à la maîtrise des signes d'alerte d'une problématique dépressive en fonction de la connaissance de l'épidémiologie de l'EDC :

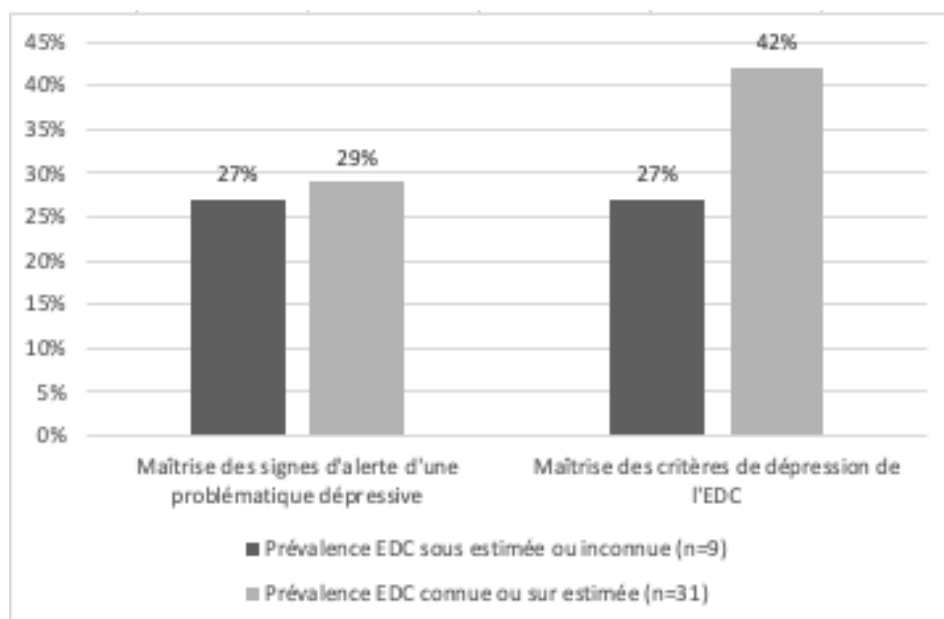


Figure 11 : Prévalence de l'EDC et connaissances théoriques concernant le dépistage et le diagnostic de l'EDC : taux de maîtrise de la question posée en fonction de la connaissance de la prévalence de l'EDC

b. Facteurs de risque de dépression

FACTEURS DE RISQUE DE DEPRESSION

	<i>N</i>	<i>%</i>
ATCD DE MALTRAITANCE OU DE HARCELEMENT	42	100%
SEPARATION PARENTALE	40	95%
DECES D'UN PROCHE	38	91%
ATCD OU EXISTENCE D'UNE MALADIE CHRONIQUE OU HANDICAPANTE	32	76%
PUBERTE PRECOCE	20	48%
ATCD DE SOUFFRANCE NEONATALE, DE PATHOLOGIE DE LA NAISSANCE ET DE LA PETITE ENFANCE	19	45%

Tableau 5 : facteurs de risque identifiés comme étant un facteur de risque de dépression

A noter que tous les items étaient des bonnes réponses.

Soixante et onze pourcents des médecins (n=30) ont coché plus de trois bonnes réponses.

c. Facteurs de protection de dépression

<i>ITEMS PROPOSÉS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
QUALITÉ DU SOUTIEN FAMILIAL	42	100%
CAPACITÉ A UTILISER LE SOUTIEN AMICAL ET LES ADULTES RESSOURCES	36	86%
PRATIQUE SPORTIVE RÉCRÉATIVE	35	83%
BONNE ESTIME DE SOI	31	74%
ALIMENTATION SAIN ET ÉQUILIBRÉE	14	33%
RELATION AMOUREUSE	10	24%

Tableau 6 : facteurs de protection de dépression

A noter que les items en en **gras** sont les bonnes réponses

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 91% (n=38) ont coché plus de deux bonnes réponses.

d. Signes d'alerte d'une problématique dépressive

MANIFESTATIONS CLINIQUES PROPOSEES

	N	%
COMPORTEMENTS INITIATIQUES (IVRESSES, CONDUITE A VIVE ALLURE, ETC)	39	93%
PERTE DE PLAISIR PARTIELLE OU TOTALE (ANHEDONIE)	39	93%
IDEES ENVAHISSANTES DE DEVALORISATION, D'IMPUISSANCE	38	91%
DOULEURS ABDOMINALES RECURRENTES	33	79%
ARRET DES ACTIVITES DE LOISIR	32	76%
REDUCTION DU TEMPS DE SOMMEIL INTERMITTENTE DU FAIT DE L'UTILISATION D'INTERNET PAR EXEMPLE	20	48%
QUESTIONNEMENTS SUR LE SENS DE LA VIE OU LA MORT EN GENERAL, SUR LE SENS DE SES PROPRES CHOIX	19	45%
RESTRICTIONS ALIMENTAIRES TEMPORAIRES	17	41%

Tableau 7 : Manifestations cliniques incitant à rechercher une problématique dépressive chez l'adolescent

A noter que les items en **gras** sont les réponses correctes

Plus de la moitié des médecins (57% (n=24)) les connaissent, et 29% (n=12) des médecins les maîtrisent bien selon les critères définis dans la méthodologie.

e. Outils d'aide au repérage des manifestations dépressives

Parmi les médecins ayant répondu au questionnaire, 14% (n=6) connaissent le questionnaire ADRS comme outil d'aide au repérage des manifestations dépressives.

Parmi la population connaissant le test ADRS, seuls 2% (n=1) l'utilisent en pratique courante.

Par ailleurs sur l'échantillon total, 86% (n=36) n'utilisent pas non plus d'autres outils.

Parmi les praticiens qui n'utilisent pas ou ne connaissent pas le questionnaire ADRS (n=41), 29% maîtrisent correctement les signes d'alerte d'une problématique dépressive. En revanche, le seul praticien qui l'utilise les connaît peu.

Parmi les praticiens qui n'utilisent pas d'autres outils d'aide au repérage, 28% maîtrisent bien les signes d'alerte d'une problématique dépressive, versus 33% pour ceux qui les utilisent.

3. Notions concernant le diagnostic d'épisode dépressif majeur de l'adolescent

a. Critères diagnostiques de l'EDC de l'adolescent

CARACTERISTIQUES PROPOSEES	BONNE REPONSE N	%
ASSOCIATION D'AU MOINS 5 SYMPTOMES CLINIQUES PARMIL'HUMEUR DEPRESSIVE, LA DIMINUTION MARQUEE DU PLAISIR OU PERTE D'INTERET, LA PERTE OU GAIN DE POIDS SIGNIFICATIF EN L'ABSENCE DE REGIME, L'INSOMNIE OU L'HYPERMOMNIE, L'AGITATION OU LE RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR PRESQUE TOUS LES JOURS, LA FATIGUE OU PERTE D'ENERGIE PRESQUE TOUS LES JOURS, LE SENTIMENT DE DEVALORISATION OU DE CULPABILITE EXCESSIVE OU INAPPROPRIEE, LA DIMINUTION DE L'APTITUDE A PENSER OU A SE CONCENTRER OU L'INDECISION, LES PENSEES DE MORT RECURRENTES.	32	76%
CONFLITS INTRA FAMILIAUX	31	74%
COMPORTEMENTS ADDICTIFS	27	64%
CRITERE DE DUREE, AU MOINS DEUX SEMAINES	25	60%
PRESENCE D'AU MOINS DEUX SYMPTOMES CARDINAUX PARMIL'HUMEUR DEPRESSIVE ET LA PERTE D'INTERET	24	57%
RETENTISSEMENT SUR LE FONCTIONNEMENT	16	38%
CRITERES DEFINIS PAR LA CIM10 ET LE DSM5	13	31%

Tableau 8 : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé

A noter que les items en **gras** sont les réponses correctes.

Selon les critères définis dans la méthodologie, 38% des médecins (n=16) maîtrisent ces critères.

b. Bilan d'extension

ITEMS PROPOSES	REPONSE COCHEE N	%
LE RISQUE SUICIDAIRE	42	100%
LA QUALITE DE L'ENVIRONNEMENT	37	88%
LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	37	88%
LE RETENTISSEMENT PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL	32	76%
UNE AFFECTION MEDICALE GENERALE	22	52%
LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	20	48%
LA SITUATION FINANCIERE PERSONNELLE	9	21%

Tableau 9 : caractéristiques cliniques et environnementales à rechercher une fois le diagnostic d'EDC de l'adolescent posé

A noter que tous les items étaient des bonnes réponses.

4. Notions concernant le risque suicidaire de l'adolescent

a. Connaissances épidémiologiques

La fréquence des tentatives de suicide chez l'adolescent de 15 à 24 ans est sous-estimée par 36% des médecins et 26% ne savent pas répondre à la question. Seuls 19% l'estiment correctement et 19% la surestiment.

Le taux de suicide chez l'adolescent de 15 à 24 ans est sous-estimé dans 57% des cas. Seuls 10% des médecins l'estiment correctement.

La connaissance par les médecins de la fréquence des tentatives de suicide de l'adolescent déprimé se résume par la figure suivante :

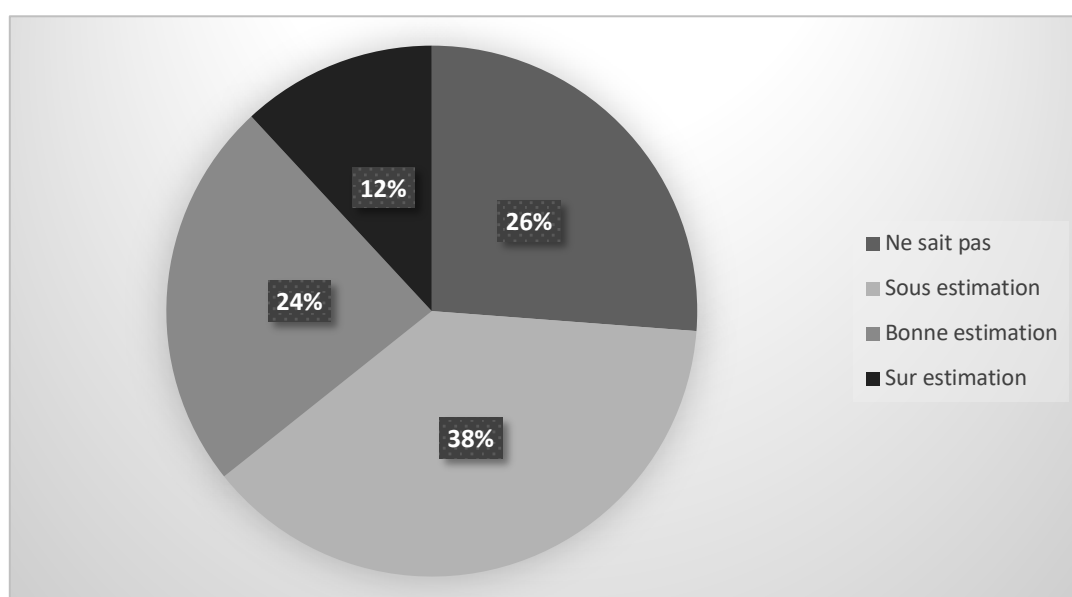


Figure 12 : Estimation de la fréquence des tentatives de suicide chez un adolescent déprimé

b. Signes d'alerte suicidaire

ITEMS PROPOSÉS	N	%
ATCD SUICIDAIRE PERSONNEL	40	95%
COMMUNICATION INDIRECTE D'IDEATION SUICIDAIRE	35	83%
DEPRESSION CARACTERISEE	35	83%
CONSOMMATION A RISQUE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	33	79%
SITUATIONS D'EXCLUSION	31	74%
RETRAIT AVEC DESINVESTISSEMENT DES LIENS	30	71%
SENSATION DE CULPABILITE	26	62%
INSTABILITE COMPORTEMENTALE	25	60%
PROBLEMES SENTIMENTAUX (SEPARATION)	25	60%
LABILITE IMPORTANTE DE L'HUMEUR	23	55%

Tableau 10 : Recherche des signes d'alerte suicidaire

A noter que l'ensemble des items étaient des bonnes réponses

Parmi les items « antécédent suicidaire personnel », « communication indirecte d'une idéation suicidaire » et « dépression caractérisée », 5% (n=2) des médecins n'ont coché aucun de ces signes, 21% (n=9) en ont coché 1 ou 2, et 74% (n=31) ont coché les trois.

Nous nous sommes intéressés à la connaissance des signes d'alerte suicidaire en fonction de la connaissance de l'épidémiologie du suicide :

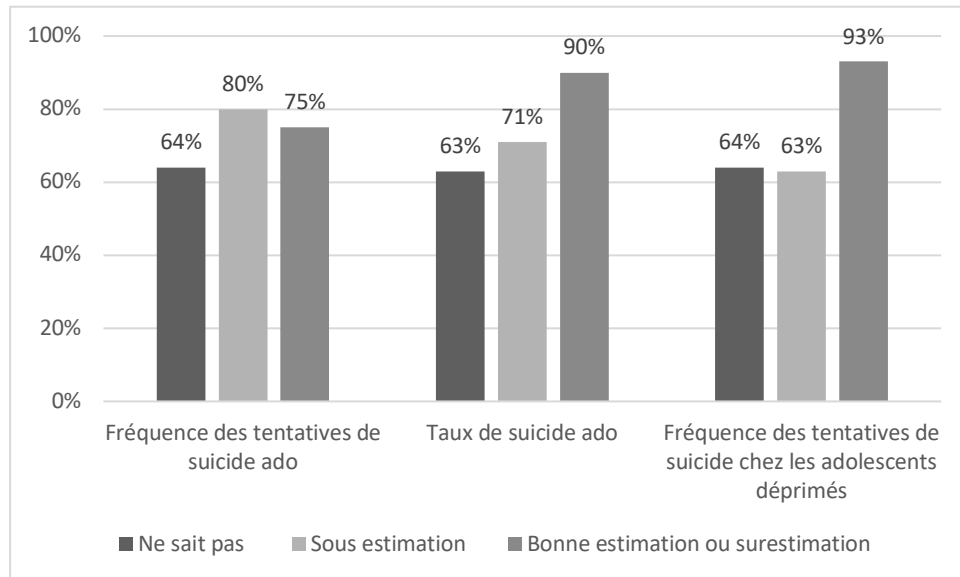


Figure 13 : Connaissances des signes d'alerte suicidaire et épidémiologie : taux de maîtrise des signes d'alerte suicidaire en fonction de la connaissance de l'épidémiologie du suicide adolescent.

E. A propos de l'expérience personnelle professionnelle

1. Diagnostic de l'EDC

La majorité des médecins (88% (n=37)) ont déjà suspecté un épisode dépressif caractérisé de l'adolescent, 14% (n=6) de façon régulière).

En revanche, 62% (n=26) expriment des difficultés diagnostiques à ce sujet.

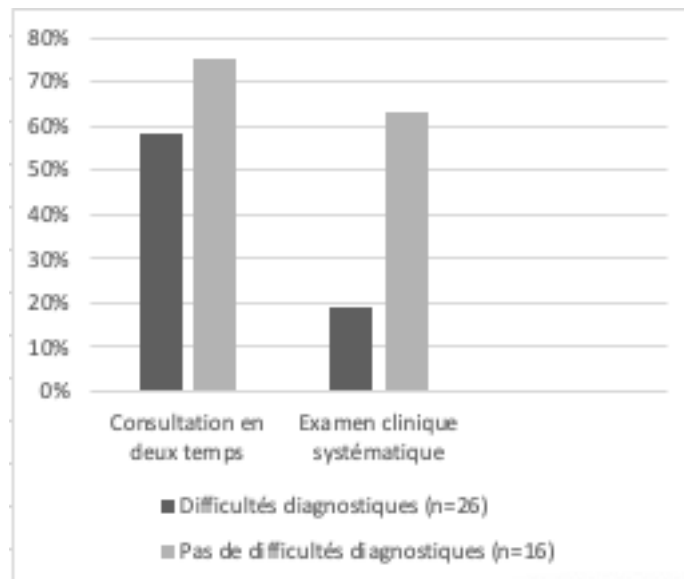


Figure 14 : Déroulement de la consultation et difficultés diagnostiques : taux de médecins exprimant des difficultés diagnostiques ou non en fonction de la réalisation d'une consultation en deux temps et de la réalisation d'un examen clinique systématique

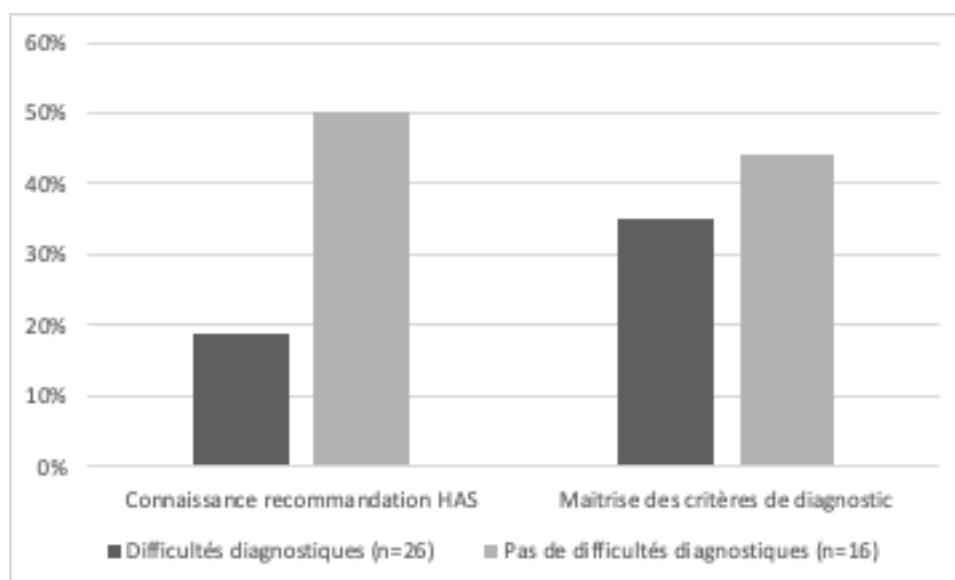


Figure 15 : Connaissances théoriques et difficultés diagnostiques : taux de médecins exprimant des difficultés diagnostiques en fonction de leur connaissance des recommandations HAS et de la maîtrise des critères de diagnostic de dépression.

2. Interlocuteurs privilégiés pour la prise en charge de l'adolescent

Afin d'être aidé dans la prise en charge des troubles dépressifs de l'adolescent, 93% (n=39) des médecins déclarent avoir un interlocuteur privilégié en cas d'ECD suspecté ou avéré, parmi les psychiatres libéraux, l'hôpital psychiatrique Sainte Anne à Mont de Marsan, le CMP Adolescents, de Mont de Marsan, un psychologue, un confrère médecin généraliste ou les urgences.

Concernant plus précisément l'accueil adolescents de Mont de Marsan, 21% (n=9) ne le connaissent pas du tout, 29% (n=12) en ont déjà entendu parler, et 50% (n=21) ont déjà échangé avec ce centre.

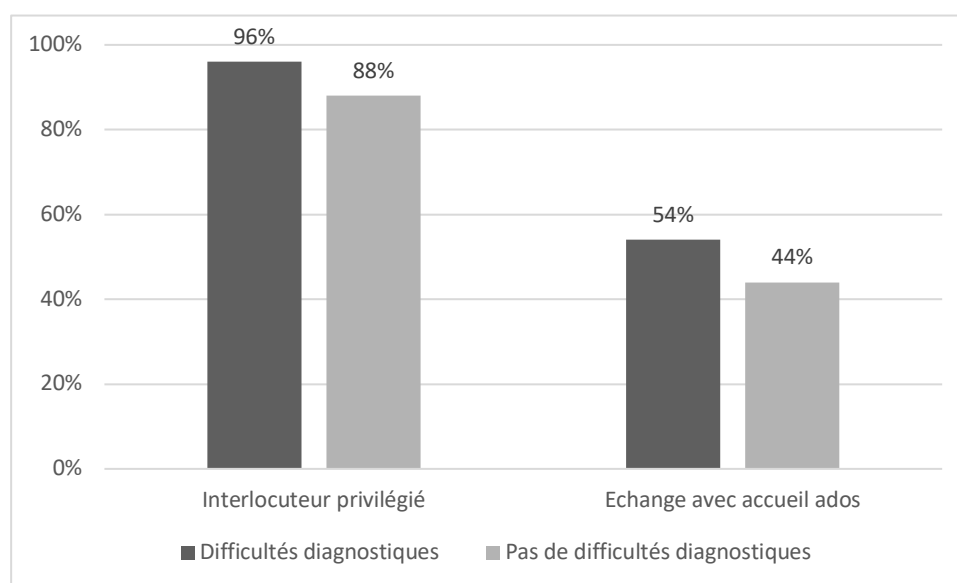


Figure 16 : Interlocuteur(s) privilégié(s) et difficultés diagnostiques : taux de médecins ayant des difficultés diagnostiques en fonction de leurs échanges avec un interlocuteur privilégié et de leurs échanges avec l'accueil ados.

3. Formation en psychiatrie adolescente

La grande majorité des médecins (88% (n=37)) juge la formation en psychiatrie adolescente insuffisante au cours des études médicales.

Nous les avons interrogés sur les attentes qu'ils avaient à ce sujet :

ATTENTES	N	%
FORMATION MEDICALE CONTINUE CIBLEE SUR LE SUJET	32	76%
AMELIORATION DE LA FORMATION THEORIQUE AU COURS DE L'EXTERNAT	28	67%
AMELIORATION DE LA FORMATION PRATIQUE AU COURS DE L'INTERNAT	25	60%
AUTRE	6	14%
AUCUNE ATTENTE PARTICULIERE	3	7%

Tableau 11 : Attentes des médecins généralistes dans le bus d'améliorer les connaissances et la pratique concernant les troubles dépressifs de l'adolescent en médecine générale

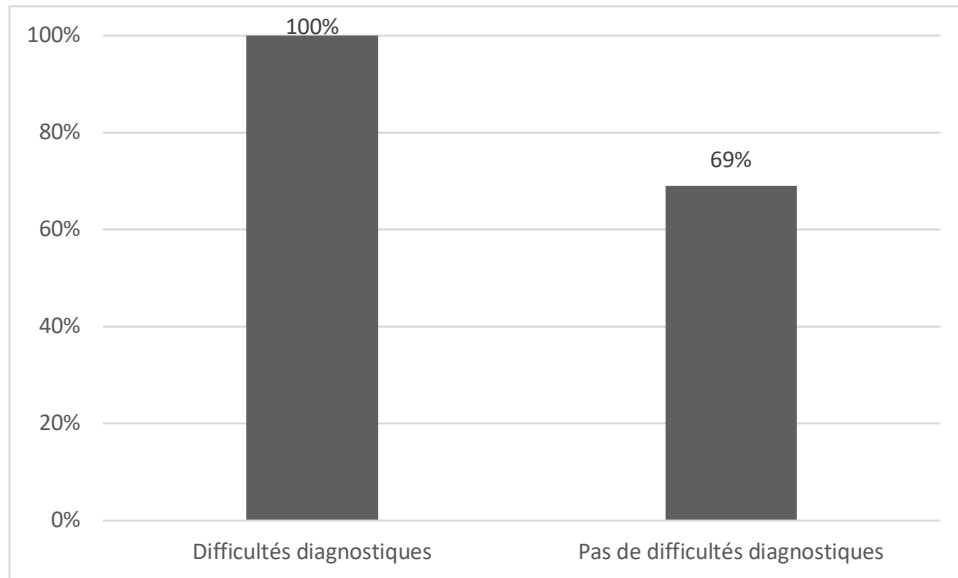


Figure 17 : Formation jugée insuffisante par les praticiens et expression de difficultés diagnostiques : taux de médecins jugeant la formation insuffisante en fonction de l'expression de difficultés diagnostiques ou non.

V- DISCUSSION

A. Résultats et implications

L'échantillon de médecins comprenait 48% de femmes, et une population dont l'âge moyen était de 52 ans.

A l'échelle nationale, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière en 2018 était de 50,6 ans et la proportion de femmes était de 48,2% (63)

La population de médecins ayant réalisé une formation préalable en pédiatrie ou en psychiatrie sous la forme d'un DU, DIU ou d'une FMC n'a pas systématiquement obtenu de meilleures réponses aux questions testant les connaissances théoriques en lien avec la dépression adolescente. Ceci peut peut-être s'expliquer par le peu d'informations fournies sur ce sujet au cours de ces formations.

En revanche, cela semble permettre un meilleur ressenti avec des médecins qui expriment moins de difficultés diagnostiques dans le domaine de la dépression adolescente.

La population de médecins ayant réalisé une formation préalable sur la dépression adolescente, sous forme d'un stage au cours de l'externat ou de l'internat, d'un DU, ou la lecture de revues, a mieux répondu aux questions en rapport avec les connaissances théoriques. De même, ces praticiens expriment moins de difficultés diagnostiques à ce sujet. L'étude de M.Fallucco et al. (64) a montré qu'un programme de formation des médecins de soins primaires sur le thème du dépistage, de l'évaluation et du traitement de la dépression chez l'adolescent sous forme de séminaire a entraîné une augmentation significative du dépistage de dépression jusqu'à 24 mois après.

L'étude de J.Gledhill et al. (65) sur la formation des médecins généralistes à l'identification et à la prise en charge de la dépression chez les adolescents dans le cadre de la consultation confirme l'amélioration de la reconnaissance de la dépression après une formation adaptée.

Les médecins maîtres de stages universitaires ont mieux répondu à la question testant les connaissances des critères diagnostiques de dépression.

Ceci peut peut-être s'expliquer par une implication universitaire stimulant la formation continue et les connaissances.

Selon l'enquête d'opinion réalisée par Bufala M. au cours d'un travail de thèse (66), la maîtrise de stage universitaire apparaît comme une participation au développement professionnel continu et à l'amélioration des pratiques.

De même, Dubois E., dans un autre travail de thèse (67), met en évidence une différence significative dans la connaissance des recommandations médicales récentes et postérieures des médecins en faveur de médecins maîtres de stage par rapport à ceux qui ne le sont pas.

Environ un tiers des médecins se décrit peu ou pas à l'aise avec l'adolescent. Ces praticiens ont globalement moins bien répondu aux questions de connaissances théoriques sur le dépistage et le diagnostic de dépression, ainsi que sur le dépistage du suicide chez l'adolescent. La proportion adolescente de leur patientèle semble être moindre, et ils expriment plus souvent des difficultés diagnostiques.

Un article de la Revue du Praticien de 2001 décrit en effet les difficultés que peut éprouver un médecin à déchiffrer la demande et l'instabilité des jeunes, et les difficultés à aborder certains sujets jugés « sensibles » par manque d'aisance, de pudeur, ou de connaissances. (68).

De même dans un travail de thèse de 2003 les médecins généralistes se déclarent majoritairement à l'aise dans leur relation avec les adolescents, mais en ce qui concerne les thèmes de prévention et de santé psychique un tiers des médecins se sentait limité dans son discours par pudeur ou manque d'aisance. (69)

Près de deux tiers des médecins organisent régulièrement la consultation de l'adolescent en un temps en présence de l'adolescent et d'un ou des parent(s), et un temps en présence de l'adolescent seul. Dans ce cas, l'accord parental est demandé dans seulement la moitié des cas environ.

Les praticiens réalisant ce modèle de consultation ont mieux répondu aux questions de connaissances théoriques concernant les facteurs de risque de dépression, les critères diagnostiques de dépression, et les signes d'alerte suicidaire. Ce n'est pas le cas pour les signes d'alerte de manifestations dépressives.

On peut supposer que les informations fournies par les parents et celles fournies par le patient en l'absence des parents sont primordiales et nécessaires à la meilleure compréhension de la situation par le praticien, mais aussi à une meilleure conscience des troubles psychiques.

En comparaison, dans un travail de thèse de 2012, 70% des médecins déclarent demander à l'adolescent s'il souhaitait être vu seul. (71)

Dans une étude descriptive de 2002 de Schiling et al., les médecins ont en effet indiqué le rôle favorable du tiers en consultation dans 60% des cas comme aide à la compréhension du patient. Les patients ont eux aussi indiqué leur rôle favorable dans plus de tiers des cas. (70)

D'autre part, un travail de thèse de 2012 indique que 49% des adolescents interrogés préfèrent être seuls pour aborder les questions de dépression. (71)

Seulement un tiers des praticiens environ réalise l'examen clinique de façon systématique chez l'adolescent. On peut supposer que cela soit la conséquence d'un manque de temps, ou lorsque le motif de consultation n'est pas somatique par exemple. Pourtant les médecins examinant systématiquement leurs patients connaissent mieux les signes d'alerte dépressifs, en particulier, ont mieux identifié l'item « douleurs abdominales récurrentes ». Ceci peut s'expliquer par une plus grande proximité avec le patient, une prise en charge globale quel que soit le motif de consultation, mais aussi l'élimination plus systématique des diagnostics différentiels et la prise en compte des manifestations somatiques comme élément prépondérant dans la manifestation dépressive chez l'adolescent.

Nous n'avons pas trouvé de données bibliographiques permettant de comparer les chiffres de notre étude.

Plus de la moitié des praticiens estiment correctement la prévalence de la dépression de l'adolescent. Ceux qui la connaissent bien ou qui la sur estiment ont mieux répondu aux questions concernant le repérage des signes d'alerte et la connaissance des critères diagnostiques. On peut l'expliquer par une plus grande conscience de ces troubles et donc une meilleure formation continue pour les prendre en charge.

Les facteurs de risque et de protection de la dépression de l'adolescent sont plutôt bien connus. D'autre part, les signes d'alerte majeurs des manifestations dépressives sont majoritairement identifiés comme tel par les praticiens mais ne sont maîtrisés que dans environ un tiers des cas.

Ceci ne semble pas dépendre de l'utilisation du questionnaire ADRS que peu connaissent et qu'un seul utilise.

Un travail de thèse de 2017 semble confirmer cette donnée : 78% des médecins généralistes interrogés n'ont jamais recours à un outil de dépistage au cours de la consultation. (72)

Pourtant, dans notre étude l'utilisation d'autres outils d'aide au dépistage semble améliorer le repérage des signes d'alerte.

De même, les critères diagnostiques de dépression ne sont pas bien maîtrisés.

Nous n'avons pas trouvé d'études interrogeant directement les praticiens sur leurs connaissances théoriques.

En revanche, les résultats de la méta-revue de Driot et al. (73) semblent cohérents avec nos résultats. En effet, ils évaluent à 70% le taux d'adolescents non diagnostiqués ou dont le diagnostic est erroné avec des difficultés de reconnaissance de la dépression par les médecins généralistes.

La méta-analyse de Qin.B. et al. confirme cette donnée en identifiant la dépression de l'adolescent comme étant moins bien diagnostiquée que celle de l'adulte. (4)

L'étude de Katon et al. suggère que 20 à 30% des troubles dépressifs de l'adolescent sont diagnostiqués en soins primaires, en dépit d'une prévalence élevée. (74)

Une fois le diagnostic de dépression posé, la totalité des médecins recherche le risque suicidaire dans le cadre du bilan d'extension, ce qui semble être la priorité dans ce contexte. Les signes d'alerte suicidaire sont plutôt bien connus, en particulier les items majeurs tels que « antécédent suicidaire », « dépression caractérisée » et « idéation suicidaire », identifiés dans la plupart des cas.

Pourtant la majorité des praticiens ne sait pas répondre aux questions épidémiologiques en rapport avec le suicide adolescent, ou bien sous estiment les chiffres.

Ceci suggère une prise de conscience insuffisante du risque suicidaire, y compris chez les adolescents non dépressifs.

Un article de revue de D.Marcelli de 2006 (11) confirme que moins de 50% des médecins exploraient en routine les idéations suicidaires et le risque de suicide chez les adolescents.

D'autre part dans un article de revue de Fanello et al. de 2002 (75), plus de trois quarts des médecins interrogés considéraient comme difficile le repérage et l'évaluation d'un risque suicidaire. Les signes d'alerte les plus souvent cités sont similaires aux nôtres c'est-à-dire : l'existence d'antécédents suicidaires, la verbalisation d'idées ou de projets de suicide et la présence d'un désespoir.

Par ailleurs, les médecins qui estiment correctement ou qui sur estiment le taux de suicide adolescents et la fréquence des tentatives de suicide chez les adolescents déprimés connaissent mieux les signes d'alerte suicidaire. On peut supposer qu'une meilleure prise de conscience des troubles entraîne une meilleure formation et une meilleure capacité de dépistage.

Plus de la moitié des médecins expriment des difficultés diagnostiques concernant la dépression de l'adolescent. En revanche, il semblerait que les praticiens qui réalisent une consultation en deux temps et ceux qui réalisent un examen clinique systématique sont moins en difficultés.

De même les praticiens qui connaissent les recommandations HAS et qui ont une bonne maîtrise des signes d'alerte d'une problématique dépressive semblent plus à l'aise pour poser le diagnostic de dépression.

Les praticiens ayant plus de difficultés diagnostiques ont plus fréquemment recours à un interlocuteur privilégié comme aide à la prise en charge du patient. Ce recours est fréquent, en particulier à l'accueil adolescents de Mont de Marsan.

L'enquête de Mercier et al.(76) révèle aussi que parmi les médecins généralistes interrogés 87,3% sollicitent régulièrement un psychiatre et 71% un psychologue.

Les médecins sont majoritairement insatisfaits de la formation concernant la dépression de l'adolescent, en particulier chez ceux qui expriment des difficultés diagnostiques.

Ceci est confirmé par l'enquête de l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux d'île de France) de 2000 (77) sur les besoins en formation des médecins pour la prise en charge des adolescents, indiquant que 55% des médecins généralistes répondants déclarent ressentir un besoin de formation globale pour améliorer leur prise en charge des adolescents.

Un travail de thèse de 2018 (78) met aussi en exergue une demande de formation des médecins sur les techniques de communication et sur la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques chez l'adolescent.

L'enquête de Mercier et al. (76) décrit que moins d'un praticien sur 5 avait effectué un stage en psychiatrie au cours de sa formation initiale ; ceux qui étaient formés à la prise en charge de la dépression étaient moins nombreux à exprimer des difficultés dans l'évaluation des patients dépressifs, ce qui suggère leur utilité. Enfin de nombreux praticiens ont manifesté leur intérêt pour une formation médicale continue à ce sujet.

B. Forces et faiblesses de l'étude

De nombreuses études se sont intéressées à la prise en charge de la dépression et du risque suicidaire en soins primaires. Mais à notre connaissance il s'agit de la première étude dont l'objectif est l'analyse des pratiques et des connaissances des médecins généralistes sur le thème du dépistage et du diagnostic des troubles dépressifs de l'adolescent, et sur l'évaluation du risque suicidaire.

L'avantage de cette étude est que le recueil de données est fiable et réalisé par une même personne, assurant une homogénéité dans les données et diminuant le biais de recueil. De plus, les résultats principaux sont superposables à ceux de la littérature.

Cette étude présente aussi plusieurs limites.

Le nombre de médecins répondants était de 42, ce qui rend la puissance de l'étude faible. Il existe un probable biais de sélection en rapport avec les médecins non répondants de l'étude, dont on peut supposer qu'ils étaient moins à l'aise avec le sujet du questionnaire. Il peut y avoir aussi un biais de sélection à travers le choix de l'échantillon. Nous avons ciblé cette population afin d'interroger les médecins sur les interlocuteurs auxquels ils peuvent se référer au cours de la prise en charge de l'adolescent, et en particulier sur l'accueil adolescents de Mont de Marsan.

Le questionnaire était composé de questions à choix multiples. Les réponses aux questions théoriques étaient suggérées aux médecins, ce qui peut engendrer un biais d'informations. Le médecin peut ainsi déduire les bonnes réponses par élimination.

Afin d'analyser les réponses des praticiens aux questions de connaissances théoriques, nous avons choisi de regrouper les réponses en catégories « ne sait pas », « connaît », « maîtrise bien ». Cette catégorisation ne repose sur aucune validation scientifique.

C. Perspectives

Notre étude suggère des difficultés de dépistage et de diagnostic de la dépression à l'adolescence par les médecins généralistes. Il semblerait que les recommandations HAS et les outils qu'elles proposent soient méconnus.

Le questionnaire ADRS est peu utilisé en pratique, pourtant les réponses suggèrent que l'utilisation d'outils d'aide au repérage de la dépression chez l'adolescent peut s'avérer intéressante et efficace.

L'étude de Katon et al. (74) a montré que l'utilisation de questionnaires rapides de dépistage MFQ-SF et ASI pourrait accroître l'identification des troubles anxieux et dépressifs chez les jeunes en soins primaires. En particulier l'ASI s'avérait efficace dans le dépistage des jeunes souffrant de dépression majeure.

En supposant que les praticiens n'aient pas le temps d'utiliser des questionnaires à chaque consultation de l'adolescent, l'alternative serait de remettre aux adolescents un auto-questionnaire à remplir avant la consultation. L'étude de R.Leslie et al.(79) a montré que l'utilisation d'un questionnaire de santé rempli par l'adolescent améliore l'identification de la dépression permettant potentiellement un diagnostic précoce et une meilleure prise en charge.

Notre étude suggère aussi que la communication avec l'adolescent et l'organisation de la consultation avec celui-ci n'est pas toujours aisée. Cela peut aussi compromettre les chances d'identification de signes d'alerte d'une problématique dépressive. L'étude de Patra et al. (80) propose par exemple l'utilisation d'un outil comme le PICA-R (Pictorial Instrument for Children and Adolescents) adapté aux âges de 6 à 16 ans, en s'appuyant sur des pictogrammes et donc sur une communication visuelle pour réduire l'effet des difficultés cognitives des troubles de l'attention et des limitations du langage.

Ceci permettrait le décryptage des symptômes à travers une technique d'évaluation adaptée à cette population. En revanche, elle semble peu adaptée aux grands adolescents chez qui les pictogrammes pourraient sembler trop enfantins.

De nombreux praticiens expriment des difficultés diagnostiques pour la dépression de l'adolescent et considèrent la formation initiale et continue insuffisante dans ce domaine. On peut donc supposer qu'une amélioration de la formation en psychiatrie adolescente permettrait un dépistage et un diagnostic améliorés.

Par exemple, l'étude de Fallucco et al. (64) a montré qu'un programme de formation composé d'un séminaire théorique de 60 minutes suivi d'une session de mise en pratique standardisée auprès d'un patient de 60 minutes a permis une augmentation significative du dépistage de la dépression de l'adolescent en soins primaires : une amélioration significative a été enregistrée jusqu'à 24 mois après. Ceci a aussi permis d'améliorer la confiance et les connaissances du praticien de façon significative. Une autre étude de Gledhill et al. a montré qu'une formation des médecins généralistes comprenant la capacité à changer un motif de consultation d'ordre administratif ou somatique en enquête psychologique et la révision des critères diagnostiques standardisés, améliorent significativement la reconnaissance de la dépression par les praticiens.

Les signes d'alerte suicidaire semblent bien connus des praticiens, en revanche les chiffres du suicide sont souvent sous-estimés. L'étude de Marcelli et al. (52) décrit aussi l'effet bénéfique d'un programme d'éducation ou d'entraînement des médecins par rapport aux stratégies de prévention du suicide. Par exemple un seul jour de formation permettrait d'augmenter le dépistage des idées de suicide de 32,5% et des patients suicidaires de 130%. L'étude de Binder (29) propose aussi l'utilisation du test de dépistage TSTS pour augmenter le niveau de dépistage.

VI- CONCLUSION

La dépression de l'adolescent représente un enjeu de santé publique majeur en raison de sa prévalence élevée mais aussi de son retentissement médical et environnemental et du risque suicidaire qui lui est associée.

Dans ce contexte, le médecin généraliste est un acteur clé de la prise en charge des troubles dépressifs de l'adolescent. Pourtant, la consultation de l'adolescent n'est pas toujours aisée et le diagnostic est souvent manqué.

Notre étude suggère que les médecins généralistes ressentent en effet des difficultés diagnostiques autour de la dépression du jeune.

Les praticiens semblent bien connaître les facteurs de protection et les facteurs de risque de la dépression de l'adolescent, ainsi que la prévalence de celle-ci. En revanche, ils maîtrisent moins bien les signes d'alerte d'une problématique dépressive et ont peu recours à des outils de dépistage. Ils maîtrisent aussi moins bien les critères diagnostiques de dépression.

Une fois le diagnostic posé, les médecins généralistes semblent bien connaître le bilan d'extension incluant la recherche de diagnostics différentiels et l'évaluation du risque suicidaire.

Ceci suggère que des améliorations doivent être faites à ces étapes clés du dépistage et du diagnostic en soins primaires.

Notre étude met en évidence des axes d'amélioration potentiels concernant les connaissances théoriques en lien avec le dépistage : une formation préalable sur le thème de la dépression de l'adolescent, le recours à des outils de dépistage autres que le questionnaire ADRS, la réalisation systématique d'un examen clinique au cours de la consultation, l'aisance du praticien avec l'adolescent en général et la connaissance des données épidémiologiques sur la dépression de l'adolescent en France.

De même, notre étude suggère des axes d'amélioration concernant les connaissances théoriques en lien avec le diagnostic : une formation préalable sur le thème de la dépression de l'adolescent, l'implication universitaire du praticien en tant que maître de stage, l'aisance du praticien avec l'adolescent en général, la réalisation d'un schéma de consultations incluant un temps avec l'adolescent seul et un temps en présence des parents, et la connaissance des données épidémiologiques sur la dépression de l'adolescent.

Malgré des connaissances qui paraissent satisfaisantes concernant les signes d'alerte suicidaire, il semble y avoir une nette sous-estimation du risque suicidaire chez la population adolescente en général et chez l'adolescent dépressif. Notre étude suggère plusieurs axes d'amélioration de dépistage d'une problématique suicidaire en soins primaires : une formation préalable sur la dépression de l'adolescent, l'aisance du praticien avec l'adolescent, le modèle de consultation et la connaissance des données épidémiologiques sur le suicide de l'adolescent.

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Larousse É. Définitions : adolescence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>
2. OMS. Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
3. Hall GS (Granville S.) Adolescence; [Internet]. New York, D. Appleton and company; 1904 [cité 14 janv 2020]. 801 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/adolescenceitp01hallgoog>
4. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223-8.
5. Cannard C. Le développement de l'adolescent: L'adolescent à la recherche de son identité. De Boeck Supérieur; 2019. 468 p.
6. Développement de l'adolescent - Pédiatrie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/pédiatrie/croissance-et-développement/développement-de-l-adolescent>
7. Collèges des enseignants de gynécologie et obstétriques. Puberté précoce et retard de puberté. [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item38/site/html/cours.pdf>
8. Devernay M, Viaux-Savelon S. Développement neuropsychique de l'adolescent: les étapes à connaître. *Réalités pédiatriques*. 2014; 187.
9. Puberté normale et pathologique : aspects médicaux et psychologiques - EM Premium [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.u-bordeaux.fr/article/44782/resultatrecherche/26>
10. Adolescence et Psychopathologie [Internet]. Elsevier; 2018 [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/C20160013712>
11. Huerre P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. *J Français Psychiatr*. 2001;no14(3):6-8.
12. Lantéri-Laura G. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *EMC - Psychiatr*. 1 avr 2004;1(2):128-49.
13. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci*. oct 1999;2(10):861-3.
14. Blakemore S-J, Burnett S, Dahl RE. The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp*. 2010;31(6):926-33.
15. Bolens JD. La théorie de la recapitulation de Haeckel à Freud. *Topique*. 2001;no 75(2):13-34.
16. Hornberger LL. Adolescent Psychosocial Growth and Development. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2006 Jun;19(3):243-246.
17. Goldbeter-Merinfeld É. Adolescence : de la crise individuelle à la crise des générations. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 8 juill 2008;n° 40(1):13-26.

18. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 oct 2005;44(10):972-86.
19. Casey B, Jones RM, Somerville LH. Braking and Accelerating of the Adolescent Brain. *J Res Adolesc Off J Soc Res Adolesc*. 1 mars 2011;21(1):21-33.
20. Haute Autorité de Santé. 2014. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
21. Lehmann J-P. La valeur de la dépression selon D.W. Winnicott. *Clin Lacanienne*. 1 juin 2010;n° 17(1):137-51.
22. Ouvry O, Mâle P, « Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence » (1971), in *La Crise juvénile, Œuvres complètes*, Paris, Payot, t. I, 1982 [Internet]. Dunod; 2012 [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/quarante-cinq-commentaires-de-textes-en-psychopath--9782100578146-page-343.htm>
23. Tandonnet L, Braconnier A, Marcelli D. Dépressions à l'adolescence. :13.
24. Dumas JE. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. De Boeck Supérieur; 2013. 786 p.
25. Peretti-Watel P. Le normal et le pathologique : dépressivité et usages de drogue à l'adolescence. *Sci Soc Santé*. 2003;21(3):85-114.
26. Defresne D. Le phénomène de "dépressivité" et ses liens avec la dépression à l'adolescence. Thèse de doctorat: Sciences médicales: spécialité psychiatrie: Tours: 2017.
27. Dayan J. Dépressivité et dépression à l'adolescence. *Adolescence*. 2011;n° 78(4):737-45.
28. Ross GA. Dépressivité et troubles de la temporalité. *Bull Psychol*. 2006;Numéro 483(3):323-33.
29. Binder P. La consultation de l'adolescent ne va pas de soi. Pour qu'elle ne soit pas un rendez-vous manqué. *Rev Prat*. 2005;5.
30. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *The Lancet*. 17 mars 2012;379(9820):1056-67.
31. Birmaher B, Brent D. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 nov 2007;46(11):1503-26.
32. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. avr 2006;47(3-4):372-94.
33. Qin B, Zhou X, Michael KD, Liu Y, Whittington C, Cohen D, et al. Psychotherapy for depression in children and adolescents: study protocol for a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*. 13 févr 2015;5(2):e005918.
34. Beyond Blue. Clinical Practice Guidelines. Depression in adolescents and young adults. [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://docplayer.net/2638147-Clinical-practice-guidelines-depression-in-adolescents-and-young-adults-february-2011.html>
35. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science*. 18 juill 2003;301(5631):386-9.
36. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. nov 2003;41(11):1284-92.

37. Borner I, Braunstein JW, St Victor R, Pollack J. Evaluation of a 2-question screening tool for detecting depression in adolescents in primary care. *Clin Pediatr (Phila)*. oct 2010;49(10):947-53.
38. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. juill 1997;38(5):581-6.
39. Administration SA and MHS. DSM-IV to DSM-5 Changes: Overview [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 [cité 21 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519711/>
40. First MB. DSM-5 proposals for mood disorders: a cost-benefit analysis. *Curr Opin Psychiatry*. janv 2011;24(1):1-9.
41. Elliott GR, Smiga S. Depression in the child and adolescent. *Pediatr Clin North Am*. 1 oct 2003;50(5):1093-106.
42. Costello EJ, Pine DS, Hammen C, March JS, Plotsky PM, Weissman MM, et al. Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry*. 15 sept 2002;52(6):529-42.
43. Yorbik O, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Ryan ND. Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. déc 2004;65(12):1654-9; quiz 1760-1.
44. Bailly D, Bouvard M, Casadebaig F, Corcos M, Fombonne E, Gorwood P, et al. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2003 [cité 21 janv 2020] p. 887. Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570673>
45. Consoli A. La dépression de l'adolescent: spécificités développementales et thérapeutiques.
46. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. oct 2003;42(10):1203-11.
47. Fahs H, Dupla V. Troubles dépressifs des adolescents; à propos d'une étude épidémiologique auprès de 465 adolescents scolarisés. *Ascodocpsy*. 1998;46(5-6):340-9.
48. Park RJ, Goodyer IM. Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 oct 2000;9(3):147-61.
49. Rey JM, Bella-Awusah TT, Liu J. DEPRESSION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS. :36.
50. Lawton A, Moghraby OS. Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care (NICE guideline CG28). *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. août 2016;101(4):206-9.
51. Fondation Pierre de Niker. La dépression de l'adolescent pdf[Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/d212cf94a002444917079a20a52acc06323188c9.pdf>
52. Marcelli D, Humeau M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *EMC - Psychiatr*. janv 2006;3(4):1-11.
53. Choquet M., Ledoux F. Adolescents, Enquête nationale. In: Paris: Inserm. 1994. p. 349p.
54. Pommereau X. L'adolescent suicidaire : en finir avec quoi ? *Agora Débatsjeunesses*. 2003;34(1):42-8.
55. Védrine J., Quénard O., Weber D. Suicide et conduites suicidaires. Tome I : aspects socioculturels, épidémiologiques, prévention et traitement. Masson. Paris; 1982.

56. Latourelle J. Tentatives de suicide et adolescence : liens entre passage à l'acte suicidaire et état dépressif. In 2005.
57. Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. *BMJ* 2010;340:209.
58. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet Lond Engl.* 14 avr 2007;369(9569):1302-13.
59. Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health Outcomes Related to Early Adolescent Depression. *J Adolesc Health.* 1 sept 2007;41(3):256-62.
60. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics.* 1 nov 2007;120(5):e1299-312.
61. Screening for Depression in Children and Adolescents: Recommendation Statement. *Am Fam Physician.* 15 mars 2016;93(6):506-8.
62. Netgen. Les particularités de la dépression à l'adolescence [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2425/22784>
63. Conseil national des médecins. Atlas de la démocratie médicale en France [Internet]. [cité 24 août 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
64. Fallucco EM, Seago RD, Cuffe SP, Kraemer DF, Wysocki T. Primary Care Provider Training in Screening, Assessment, and Treatment of Adolescent Depression. *Acad Pediatr.* 1 mai 2015;15(3):326-32.
65. Gledhill J, Kramer T, Iliffe S, Garralda ME. Training general practitioners in the identification and management of adolescent depression within the consultation: a feasibility study. *J Adolesc.* 1 avr 2003;26(2):245-50.
66. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu: influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. :59.
67. Dubois E. Maître de stage: la meilleure méthode de formation continue en médecine générale? Thèse de doctorat: Médecine Générale: Paris Descartes: 2009.
68. Moula H., Mercier-Nicoux F., Velin J. Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale? Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents examinés par 41 médecins généralistes. 2001;
69. Dalem L. La consultation de l'adolescent en médecine générale: d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73). :140.
70. Schiling LM, Scatena L, Steiner JF, et al. The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *J Fam Pract.* 2002 aout; 51(8):685-90.
71. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. :94.
72. Jacod T. Optimisation de l'organisation des consultations de prévention à destination des adolescents en médecine de premier recours. :48.
73. Costes M, Pomier M. Guide de la prise en charge de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en soins premiers : une méta-revue systématique. In 2016.

74. Katon W, Russo J, Richardson L, McCauley E, Lozano P. Anxiety and Depression Screening for Youth in a Primary Care Population. *Ambul Pediatr*. 1 mai 2008;8(3):182-8.
75. Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P, et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Sante Publique (Bucur)*. 2002;Vol. 14(3):263-73.
76. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 1 juin 2010;36:D73-82.
77. URML. Recensement des besoins en formation des médecins pour la prise en charge des adolescents de 13 à 19 ans. [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_020315.pdf
78. Jehin.E. Troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent en médecine générale. Thèse de doctorat: Sciences médicales: médecine générale: Strasbourg: 2018.
79. Leslie KR, Chike-Harris K. Un outil de dépistage administré par le patient pourrait améliorer la détection et le diagnostic de la dépression chez les adolescents. *Clin Pediatr (Phila)*. 1 avr 2018;57(4):457-60.
80. Patra S. Assessment and management of pediatric depression. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(3):300-6.

VIII-ANNEXES

Annexe 1 : le questionnaire ADRS

Échelle ADRS - version clinicien

1. Irritabilité

Absence d'irritabilité, ressentie par le sujet ou perçue par l'observateur	0
Irritabilité perceptible ou ressentie dans la relation, le patient peut néanmoins se contenir	2
Irritabilité importante dans la relation, source de conflits, de difficultés relationnelles rapportées	4
Irritabilité intense, envahissante, rendant les relations et échanges quasi impossibles	6

2. Envahissement par le vécu dépressif

Pas d'élément dépressif (cafard, désespoir, tristesse)	0
Vécu dépressif encore contenu	2
Sensation d'être débordé par le vécu dépressif	4
Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir	6

3. Perceptions négatives de soi

Absence de perceptions négatives de soi	0
Tendance à la dévalorisation de soi et de ses réalisations	2
Dévalorisation de soi et de ses réalisations	4
Perception de soi totalement dévalorisée, disqualifiée, ou avec désespoir envahissant	6

4. Idées de mort

Absence de préoccupation concernant la mort ou le suicide	0
Préoccupations occasionnelles à propos de la mort ou du suicide	2
Préoccupations récurrentes à propos de la mort ou du suicide	4
Idées de mort ou de suicide envahissantes	6

5. Ralentissement psychique

Aucun signe de ralentissement psychique, fluidité de la pensée et du discours	0
Difficulté occasionnelle à rassembler ses idées, inertie de la pensée qui gêne la concentration	2
Difficulté récurrente pour se concentrer, retentissement manifeste sur le quotidien ou le scolaire	4
Inertie massive de la pensée pouvant se traduire par une concentration impossible ou par un entretien difficile	6

6. Sommeil

Aucun trouble du sommeil, ni en durée ni en qualité	0
---	---

Troubles du sommeil occasionnels mais inhabituels (insomnie, hypersomnie, cauchemars, sommeil non réparateur)	2
Troubles du sommeil importants, persistants	4
Troubles majeurs du sommeil, insomnie envahissante	6
7. Investissement de la scolarité, du travail, ou de la recherche d'emploi	
Motivation maintenue pour la scolarité ou des activités professionnelles	0
Perte de motivation pour les activités scolaires avec maintien de ces activités	2
Perte de motivation marquée avec désinvestissement des activités scolaires ou professionnelles	4
Perte totale de motivation avec désinvestissement majeur des activités scolaires ou professionnelles	6
8. Investissement des activités non scolaires (ANS)	
Intérêt et plaisirs préservés avec bon investissement des ANS habituelles	0
Diminution du plaisir et de l'intérêt pour les ANS habituelles. Rétrécissement possible du champ des activités mais maintien des activités	2
Perte de plaisir et de l'intérêt avec absences répétées pour les ANS habituelles. Rétrécissement marqué des activités	4
Absence d'intérêt et de plaisir pour les ANS, arrêt total des ANS habituelles	6
9. Retrait relationnel	
Pas de retrait relationnel	0
Retrait relationnel	2
Retrait relationnel jusqu'à l'isolement	4
Isolement total	6
10. Perception empathique du clinicien	
Entretien perçu dans une ambiance tranquille	0
Perception d'une tristesse diffuse en entretien	2
Sensation de débordement émotionnel, et/ou d'une tristesse incoercible	4
Perception d'une détresse intense silencieuse	6

NB : Pour un seuil de 15, la sensibilité est de 76 % et la spécificité de 80 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique.

Échelle ADRS - version patient

Cochez « vrai » si cela correspond à ce que vous vivez en ce moment, « faux » si cela ne correspond pas :

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(e).
9. Je dors très mal.
10. À l'école, au boulot, je n'y arrive pas.

NB : Pour un seuil de 3, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 60 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique.

Annexe 2 : Le test TSTS

Échelle de dépistage TSTS-CAFARD

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.

Annexe 3 : la définition de la dépression de l'adolescent selon la CIM-10

A. L'épisode présente une durée d'au moins 2 semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes suivants :

(1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines ;

(2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;

(3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

(1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;

(2) sentiment injustifié de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;

(3) pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;

(4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;

(5) modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;

(6) perturbation du sommeil de n'importe quel type ;

(7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 4 : la définition de la dépression de l'adolescent selon le DSM-V

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée 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).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) 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).

(9) 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 induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Annexe 5 : le questionnaire de recrutement

Mont de Marsan, le 01/10/2019

Chère consœur, cher confrère,

Le Centre Médico-Psychologique/Hôpital de jour Adolescents de Mont-de-Marsan a maintenant 21 ans d'expérience et de recul sur la prise en charge des adolescents présentant des troubles psychiques.

La structure accueille environ 400 adolescents par an, grâce à une équipe pluridisciplinaire composée de médecins psychiatres, infirmiers, psychologues, moniteur-éducateur, animateur socio-culturel, et assistante sociale.

L'orientation vers l'accueil adolescents peut se faire à la demande des familles ou des établissements scolaires, et également à la demande des confrères médecins généralistes lorsqu'ils sont confrontés à des adolescents en difficulté psychique.

Ainsi, Mlle CLOUARD Lauren, interne en Médecine Générale, a proposé de réaliser son travail de thèse sur le dépistage et le diagnostic des troubles dépressifs de l'adolescent en médecine générale dans les Landes, et plus particulièrement, sur les difficultés que vous pouvez rencontrer lors de ces situations en soins primaires.

Son idée est de vous envoyer un **questionnaire** qui portera tant sur vos connaissances et votre formation au sujet des troubles dépressifs de l'adolescent, que sur la manière dont vous appréhendez une telle situation. **L'objectif est notamment d'établir un état des lieux des pratiques en médecine générale et d'analyser la gestion de ce type de situations.**

Il est bien entendu que plus nous aurons de retours de questionnaires, plus leur analyse et les solutions proposées seront pertinentes.

Sachez que les questionnaires sont anonymes.

Si vous souhaitez en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, vous pouvez reporter à la notice d'informations* ci jointe.

Nous sommes conscientes de votre charge de travail quotidienne, mais nous comptons vraiment sur votre collaboration (en toute spontanéité lors du remplissage du questionnaire).

Nous vous remercions par avance,

Mme Lauren CLOUARD

Dr Céline Pintat

Votre profil

- 1- Vous êtes : (1) Homme (2) Femme
- 2- Quel est votre âge : _____ ans
- 3- Quelle est l'année de soutenance de votre thèse : _____
- 4- En quelle année vous êtes-vous installé(e) : _____
- 5- Quel est votre type d'exercice : Rural Semi-rural Urbain
- 6- Vous exercez dans un cabinet : Seul Groupe de médecins Maison pluriprofessionnelle
- 7- Quel pourcentage de votre activité représente les adolescents de 13 à 18 ans :
 <10% 10-20% 20-30% >30%
- 8- Avez-vous une formation complémentaire (DIU, DU, congrès, etc.)
- en psychiatrie : oui non
- en pédiatrie : oui non
- 9- Etes vous maître de stage universitaire :
 non SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée)
 Externe Praticien niveau 1
- 10- Avez-vous déjà eu une formation sur la dépression de l'adolescent ?
 Non
 Oui, de quel type :
> FMC : _____ > Internat : _____ > DU : _____
> Externat : _____ > Revues scientifiques : _____ > Autre : _____

Votre approche de la consultation d'un adolescent de 13 à 18 ans

- 11- En consultation avec un adolescent vous vous sentez généralement :
 Particulièrement à l'aise A l'aise de la même façon qu'avec un adulte
 Moins à l'aise Pas du tout à l'aise
- 12- Le déroulement de la consultation se fait le plus souvent :
 Avec l'adolescent seul Avec l'adolescent en présence d'un ou des parent(s)
 Une partie de la consultation seul et une partie en présence d'un ou des parent(s)

13- Recherchez-vous l'accord parental pour réaliser une partie de l'entretien seul avec l'adolescent ?

- Oui, systématiquement Oui, parfois Non, jamais

14- L'examen somatique :

- est systématique à chaque consultation est réalisé selon le motif de consultation

Recommandations HAS

15- Avez-vous connaissance des recommandations de l'HAS parues en 2014 sur la prise en charge de la dépression de l'adolescent :

- Oui, je connais bien le contenu Oui, je connais les grandes lignes
 Non, je ne les connais pas du tout

Vos notions concernant le repérage des manifestations dépressives de l'adolescent

16- Selon vous, quelle est la prévalence (en %) de l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent entre 13 et 18 ans en France ?

- entre 0 et 5% entre 5 et 10% entre 10 et 15% > 15%
 ne sait pas

17- Cochez les situations qui vous semblent être un facteur de **risque** de dépression :

Antécédent de souffrance néonatale, de pathologie de la naissance et de la petite enfance		Antécédent de maltraitance ou de harcèlement	
Antécédent ou existence d'une maladie chronique ou handicapante		Décès d'un proche	
Puberté précoce		Séparation parentale	

18- Cochez les situations qui vous semblent être un facteur de **protection** de dépression :

Bonne estime de soi		Relation amoureuse	
Qualité du soutien familial		Pratique sportive récréative	
Alimentation saine et équilibrée		Capacité à utiliser le soutien amical et les adultes ressources	

19- Parmi les manifestations cliniques suivantes, lesquelles vous alertent à rechercher une **problématique dépressive** chez l'adolescent ?

Comportements initiatiques (ivresse, conduite à vive allure, etc.)	Restrictions alimentaires temporaires	
Idées envahissantes de dévalorisation, d'impuissance	Réduction du temps de sommeil intermittente du fait de l'utilisation d'Internet par exemple	
Douleurs abdominales récurrentes	Perte de plaisir partielle ou totale (anhédonie)	
Arrêt des activités de loisir	Questionnements sur le sens de la vie ou la mort en général, sur le sens de ses propres choix	

20- Connaissez-vous le questionnaire « Adolescent Depression Rating Scale » (ADRS) pour l'aide à la détection d'un épisode dépressif caractérisé : Oui Non

Si oui l'utilisez-vous : Oui Non

Utilisez-vous d'autres outils d'aide au repérage : Oui Non

Vos notions concernant le diagnostic d'épisode dépressif majeur de l'adolescent

21- Concernant les critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent, quelles propositions vous semblent **nécessaires** pour poser le diagnostic :

Association d'au moins 5 symptômes cliniques parmi: - l'humeur dépressive ou l'irritabilité - la diminution marquée du plaisir ou d'intérêt - la perte ou gain de poids significatif en absence de régime - l'insomnie ou hypersomnie - l'agitation ou le ralentissement psychomoteur presque tous les jours - la fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours - le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée - la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision - les pensées de mort récurrentes	Présence d'au moins deux symptômes cardinaux parmi l'humeur dépressive et la perte d'intérêt	
Souffrance cliniquement significative	Conflits intra familiaux	
Critère de durée : au moins 2 semaines	Retentissement sur le fonctionnement	
Critères définis par la CIM-10 et le DSM-5	Comportements addictifs	

22- Une fois le diagnostic posé, vous attachez-vous à rechercher les caractéristiques suivantes (entourez les réponses correspondantes):

Le risque suicidaire

Le retentissement physique, psychologique et social

La consommation à risque de substances psychoactives

Une affection médicale générale

Les comorbidités psychiatriques

La qualité de l'environnement (famille, pairs)

La situation financière personnelle

Vos notions concernant le risque suicidaire de l'adolescent

23- Quelle est la fréquence des tentatives de suicide chez les adolescents de 15 à 24 ans ?

- comprise entre 0-5%
 comprise entre 5-10%
 comprise entre 10-15%
 > 15%
 ne sait pas

24- Quelle est le taux de suicide chez les adolescents de 15 à 24 ans ?

- compris entre 0-2 pour 100 000
 compris entre 2-4 pour 100 000
 compris entre 4-6 pour 100 000
 > 6

25- Quelle est la fréquence des tentatives de suicide chez un adolescent déprimé ?

- comprise entre 0-10%
 comprise entre 10-25%
 comprise entre 25-35%
 > 35%
 ne sait pas

26- Cochez parmi les signes suivants ceux qui vous semblent être des **signes d'alerte suicidaire** :

Antécédent suicidaire personnel		Consommation à risque de substances psychoactives	
Communication indirecte d'une idéation suicidaire		Dépression caractérisée	
Problèmes sentimentaux (séparation)		Labilité importante de l'humeur	
Retrait avec désinvestissement des liens		Sensation de culpabilité	
Situations d'exclusion		Instabilité comportementale	

Votre expérience professionnelle

27- Avez-vous déjà suspecté un épisode dépressif caractérisé de l'adolescent ?

- Non, jamais Oui, mais rarement Oui, régulièrement

28- Avez-vous des difficultés diagnostiques concernant l'épisode dépressif caractérisé de l'adolescent ?

- Non
 Oui

29- En cas d'épisode dépressif suspecté ou avéré, avez-vous des interlocuteurs privilégiés afin de vous aider à prendre en charge l'adolescent ?

- Non
 Oui : (a) un/des (pédo)psychiatre(s) libéral(ux) (b) l'hôpital Sainte-Anne
(c) le CMP adolescents de Mont de Marsan (Accueil Ados) (d) un(e) psychologue
(e) un confrère médecin généraliste (f) les urgences/CAP24
(g) aucun interlocuteur
(h) autre

30- Connaissez-vous l'accueil ados de Mont de Marsan ?

- Non Oui, j'en ai entendu parler Oui, j'ai déjà échangé avec ce centre

31- Comment jugeriez-vous la formation en psychiatrie adolescente, et en particulier la formation concernant les troubles dépressifs adolescents au cours des études médicales ?

- Suffisante
 Insuffisante

32- Quelles seraient vos attentes afin d'améliorer les connaissances et la pratique autour des troubles dépressifs de l'adolescent en médecine générale ?

- Amélioration de la formation théorique au cours de l'externat
 Amélioration de la formation pratique au cours de l'internat
 Formation Médicale Continue ciblée sur ce sujet
 Aucune attente particulière
 Autre

Merci pour votre participation !

***NOTICE D'INFORMATIONS**

Chère consœur, cher confrère,

Nous vous prions de trouver joint à ce courrier postal le questionnaire dans le cadre d'un projet de thèse de médecine encadré par le docteur Céline Pintat pour le thésard Lauren Clouard.

Les finalités du traitement des données sont d'établir un état des lieux des pratiques concernant le dépistage et le diagnostic des troubles dépressifs des adolescents de 13 à 18 ans en médecine générale.

Les informations recueillies dans le questionnaire sont enregistrées dans un fichier informatisé et sécurisé sur le réseau du Centre Hospitalier de Mont de Marsan.

Il est important de répondre à toutes les questions afin que les données puissent être exploitables pour leur analyse. Les questionnaires sont anonymes.

Le traitement des données se fera de manière confidentielle et les responsables de cette étude sont soumis au secret professionnel.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Docteur Céline Pintat, psychiatre et directrice de thèse, Docteur Jérôme Dimet, responsable du Centre de Recherche Clinique (CRC) du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan, et Lauren Clouard, thésarde.

Elles seront conservées jusqu'à la publication des résultats de l'étude.

La législation de l'Union Européenne (UE) en matière de protection des données a été mise à jour le 25 mai 2018 avec l'introduction d'un nouveau Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). En conséquence, un projet de loi relatif à la protection des données personnelles révisant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a été adapté afin de respecter les dispositions du RGPD.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données et vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données: 417 Avenue Pierre de Coubertin 40024 Mont de Marsan, dpo@ght40.fr.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

IX-LISTE DES ABREVIATIONS

- ADRS : Adolescent Depression Rating Scale
- ASI : Anxiety Sensivity Index
- EDC : Episode Dépressif Caractérisé
- EDM : Episode Dépressif majeur
- ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
- FSH : Follicle Stimulating Hormone
- GABA : Gamma-AminoButyric Acid
- GH : Growth Hormon
- GnRH : Gonadotropin Releasing Hormon
- GPR-54 : G-Protein Coupled Receptor 54
- IGF-1 : Insulin-like Growth Factor 1
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
- LED : Lupus Erythémateux Disséminé
- LH : Luteinizing Hormone
- LH-RH : Luteinizing Hormone-Releasing Hormone
- MFQ-SF : Mood and Feelings Questionnaire-Short Form
- MNI : Mononucléose Infectieuse
- PHQ-2 : Patient Health Questionnaire-2
- SNC : Système Nerveux Central
- SDQ : Symptoms of Depression Questionnaire
- TDAH : Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

X-SERMEN D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Etat des lieux des connaissances et des pratiques de dépistage et de diagnostic de la dépression de l'adolescent par les médecins généralistes dans les Landes.

Objectifs. La prévalence de la dépression de l'adolescent varie entre 4 et 8% et les conséquences peuvent être majeures sur le développement et la santé. Le repérage de ces troubles est un enjeu majeur de santé publique dans lequel le médecin généraliste est un maillon essentiel.

L'objectif principal de notre étude est d'établir un état des lieux des connaissances, des pratiques et des attentes des médecins généralistes concernant le dépistage et le diagnostic de la dépression chez l'adolescent.

Méthode. Les médecins généralistes à activité libérale appartenant au secteur géographique du centre médico-psychosocial pour adolescents de Mont de Marsan ont été inclus dans l'étude. Il s'agit d'une étude de pratiques réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire envoyé à chacun des médecins le 09/11/2019 par voie postale. Le recueil des données a été fait du 09/11/2019 au 29/02/2020.

Résultats. Le repérage des signes d'alerte des manifestations dépressives semble être influencé par la réalisation d'une formation préalable sur la dépression adolescente, la réalisation d'un examen clinique systématique, l'implication du médecin en tant que maître de stage universitaire et la connaissance de l'épidémiologie de la dépression adolescente. Les critères diagnostiques de dépression sont peu maîtrisés, et ceci semble dépendre de la réalisation d'une formation préalable sur la dépression adolescente, de l'implication en tant que maître de stage universitaire, de l'aisance avec la population adolescente en général, de la réalisation des consultations en deux temps, et de la connaissance de la prévalence de la dépression adolescente.

Conclusion. Les connaissances des médecins généralistes concernant le dépistage de la dépression adolescente semblent satisfaisantes alors que les difficultés semblent majorées à l'étape du diagnostic. Les connaissances et les pratiques des médecins semblent dépendre d'un certain nombre de facteurs qui sont de potentiels axes d'amélioration.

Mots-clés: dépression, adolescence, dépistage, diagnostic, dépressivité, soins primaires, médecine générale, suicide

Overview of the knowledge and practices of screening and diagnosis of adolescent depression by general practitioners in the Landes.

Objective. The prevalence of adolescent depression stands between 4% and 8% and can have a major impact on both development and health. Identifying this disorder is an important public health issue in which the general practitioner is an essential link.

The main objective of our study is to establish the level of knowledge, practices and expectations of general practitioners regarding the screening and diagnosis of depression in adolescents.

Method. Self-employed general practitioners located in the area of the Mont de Marsan medico-psychosocial centre for adolescents were included in the study. This study is based on results obtained from a questionnaire sent to each of the doctors on 09/11/2019 by mail. Data was collected from 09/11/2019 to 29/02/2020.

Results. The major warning signs of depression can often be identified by practitioners but symptoms are only understood well by one-third of those sampled. The identification of these signs appears to be influenced by; the completion of prior training for adolescent depression, the performance of a systematic clinical examination, the involvement of the doctor as a university intern supervisor or knowledge of the epidemiology of adolescent depression. The diagnostic criteria for depression are not well understood, however the diagnosis rate increases where practitioners have; received prior training on adolescent depression, performed a role as a university intern supervisor, expressed an affinity with the adolescent population, performed a two-step consultation or witnessed the prevalence of adolescent depression.

Conclusion. The knowledge of general practitioners regarding screening for adolescent depression appears satisfactory, while difficulties can increase at the diagnosis stage. The knowledge and practices of doctors depend on several factors that have been identified as potential areas for improving the management of adolescent mental health problems.

Key words: depression, adolescent, screening, diagnosis, primary cares, general practitioners, suicide