Santé mentale chez les adolescents : dépression et suicide

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 27 (11), août 2019

INTRODUCTION

La dépression a des répercussions importantes sur les adolescents et leur famille : souffrance psychologique, acte autodestructeur, dysfonctionnement social et scolaire, et risque de suicide. Bien que la première occasion de la constater se présente souvent en soins primaires, la dépression peut être difficile à détecter chez les adolescents en raison de la variabilité des manifestations cliniques, des affections concomitantes (y compris d'autres troubles de santé mentale) et de la réticence des adolescents à avouer ouvertement leurs symptômes.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'évaluer et de prendre en charge les adolescents aux prises avec la dépression;
- de reconnaître/d'évaluer le risque de suicide/de crise;
- d'indiquer et de proposer des ressources communautaires et en ligne.

La trousse GLAD-PC accompagnant les lignes directrices sur la prise en charge de la dépression chez les adolescents en soins primaires vise à aider les cliniciens en soins primaires à appliquer les recommandations dans la pratique. Elle a été conçue en partenariat avec l'*American Academy of Pediatrics* et l'*American Psychiatric Association*. La coordonnatrice du projet était la Dre Amy Cheung de l'Université de Toronto. La trousse est une ressource exhaustive et pratique couvrant les thèmes du dépistage, du diagnostic et de la prise en charge. Elle est accessible en ligne au http://www.gladpc.org

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 11
Collaborateurs et déclarations 13
Références bibliographiques 14
Annexes 17

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Janette, âgée de 18 ans

Janette est une de vos patientes depuis qu'elle est enfant; elle étudie actuellement en commerce à l'université. Elle est physiquement bien portante. Elle est à la maison pour la semaine de relâche et elle vient vous consulter avec sa mère.

Sa mère s'inquiète et croit que « quelque chose ne va pas chez elle ». Elle affirme que Janette semble ne plus avoir d'énergie et qu'elle est apathique et repliée sur elle-même depuis son retour de l'université.

Vous interrogez Janette en privé. Elle arrive à vous dire que depuis un an elle se sent déprimée et qu'elle pense parfois à la manière dont elle pourrait mettre fin à ses jours, sans en avoir actuellement l'intention ou le projet. Son humeur a empiré depuis qu'elle a quitté la maison pour l'université. Elle se rend compte qu'elle a probablement besoin d'aide, mais elle n'est pas sûre de savoir quelle forme celle-ci pourrait prendre.

Janette est la plus jeune de trois filles élevées par des parents qui sont encore ensemble. Elle a éprouvé des difficultés d'apprentissage mineures à l'école primaire, pour lesquelles elle a nécessité certaines mesures d'adaptation en lecture et en écriture, mais elle a réussi à maintenir une moyenne de B. Ses deux sœurs aînées sont exceptionnellement douées sur le plan scolaire; l'une est étudiante en droit et l'autre en génie. Il n'y a pas d'antécédents de troubles de l'humeur ou d'autres problèmes de santé mentale dans sa famille.

Quels autres renseignements seraient utiles?

Deuxième partie

Janette s'est fait quelques amis en résidence, n'est pas en couple et n'est pas sexuellement active. Elle ne prend part à aucune activité parascolaire à l'université. Elle a réussi à

maintenir sa moyenne de B. Janette prend un verre d'alcool en de rares occasions et ne consomme pas de drogues illicites ni de marijuana.

Janette affirme qu'elle n'a jamais été victime de violence physique, psychologique ou sexuelle. Elle n'a pas vécu d'expériences traumatisantes ou bouleversantes particulières à l'école. Elle dit qu'elle fait partie d'une famille très unie et, dans l'ensemble, elle s'entend bien avec ses parents et ses sœurs. Elle n'a pas parlé de son humeur avec sa famille car elle n'est pas sûre de savoir comment ils réagiraient. Elle n'a pas obtenu de *counselling* et n'a pas consulté de services en ligne. Bien qu'elle n'en ait pas parlé à ses parents, elle sait qu'ils ne sont pas partisans du recours aux médicaments pour traiter les problèmes de santé mentale.

Dans le cadre de l'examen des symptômes de santé mentale, Janette affirme ne pas présenter de compulsions ou d'obsessions, de symptômes en cours de panique, d'anxiété, de psychose ou de pensées désordonnées; de manie, d'hypomanie ou de trouble de l'humeur à cycles; de TDAH; ou de trouble alimentaire. Elle affirme qu'elle ne s'inflige pas de coupures et qu'elle n'a pas d'autre comportement autodestructeur. Elle n'a pas eu d'autres symptômes physiques, y compris une perte ou un gain pondéral.

De plus, son score au questionnaire PHQ-9 est de 18 (dépression modérée à sévère) et son score GAD-7 est de 8 (anxiété légère).

Quels autres évaluations et examens envisageriez-vous?

Troisième partie : Juste avant la reprise des classes

L'IMC de Janette est de 22 et sa tension artérielle de 110/70. Les résultats de l'examen physique et des analyses de sang sont normaux. Rien n'a changé en ce qui concerne ses autres symptômes.

De quelles options discuteriez-vous avec Janette? Quelles stratégies emploieriez-vous pour favoriser la communication avec elle?

Quatrième partie

Janette revient vous consulter à la fin de l'année scolaire. Elle a pris ses médicaments comme vous les aviez prescrits et a effectué un suivi avec le médecin du centre de santé étudiant, qui a augmenté sa dose. Elle prend maintenant la dose maximale depuis six semaines. Elle a vu un conseiller par l'entremise des services aux étudiants, mais son horaire de cours a rendu la chose difficile et elle ne l'a rencontré que quelques fois. Elle s'inquiète parce qu'elle croyait d'abord qu'elle allait mieux, mais elle trouve maintenant que son humeur et sa motivation déclinent et elle ne sait pas pourquoi – il ne s'est rien passé, et rien n'a changé. Elle éprouve des difficultés à s'endormir. Son score PHQ-9 est de 14; son score GAD-7 est de 5. Elle a encore des pensées d'acte autodestructeur à l'occasion, mais elle est persuadée qu'elle n'y donnera pas suite. Elle a terminé son année d'université avec une moyenne de B–.

Que lui suggéreriez-vous à ce stade?

Cas numéro 2 : Bernard, âgé de 15 ans

Bernard est votre patient depuis cinq ans. Vous ne l'avez pas vu depuis plus d'un an. Il se présente aujourd'hui à contrecœur, poussé par ses parents qui s'inquiètent du fait que ces derniers mois il est devenu apathique, qu'il s'est désintéressé de ses activités habituelles, qu'il a séché les cours et échoué plusieurs matières. Il passe beaucoup de temps enfermé dans sa chambre ou avec quelques amis à l'extérieur de la maison, et il interagit rarement avec la famille. Ce n'est pas son comportement habituel. Ils pensent que Bernard fume aussi de la marijuana parce qu'ils en sentent souvent l'odeur sur lui. Bernard est réticent à leur en parler, et évite le sujet en disant que ce n'est « pas très grave ». Ses parents ont divorcé. Ils s'accordent raisonnablement sur l'éducation des enfants et ils partagent les mêmes préoccupations. Bernard vit actuellement avec sa mère et sa jeune sœur (14 ans). Sa mère a des antécédents de dépression, mais elle est actuellement en rémission et elle n'a jamais fait de tentative de suicide.

Quelle serait votre approche avec Bernard?

Deuxième partie

Vous parlez seul avec Bernard. Il admet qu'il est un peu déprimé et qu'il fume de la marijuana à l'occasion (peut-être une fois par semaine) en utilisant un vapoteur. Il a le sentiment que cela « l'aide à tenir le coup » lorsqu'il se sent anxieux ou accablé. Il ne boit pas d'alcool et n'utilise pas d'autres substances, y compris le tabac. Il n'a pas eu d'épisodes d'hyperthymie ou de grande énergie.

L'école se passe « correctement », mais il n'en voit pas l'intérêt car il ne s'imagine pas vraiment d'avenir. Il arrive à reconnaître qu'il est fier de pratiquer le taekwondo. Il a perdu l'appétit, mais il n'a pas perdu de poids. Il n'a fait l'objet d'aucune intimidation. Il s'entend bien avec sa petite sœur mais ne peut pas parler avec ses parents. Il

vous demande de ne pas parler de sa consommation de marijuana ou de sa dépression avec eux. Il a quelques amis mais n'a pas envie de passer du temps avec eux. Il n'est pas en couple et n'est pas sexuellement actif.

Les observations à l'examen physique se situent dans les limites normales. Son score PHQ-9 est de 24 (évoquant une dépression sévère); son score GAD-7 est de 6 (anxiété légère).

Que répondriez-vous à sa demande de confidentialité?

Que feriez-vous pour vous assurer que Bernard puisse retourner chez lui en toute sécurité aujourd'hui?

En supposant que Bernard est en sécurité, quelles seraient vos démarches suivantes?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

CONTEXTE ET FACTEURS DE RISQUE

1. La proportion de Canadiens âgés de 15 à 24 ans qui ont déjà signalé une dépression pendant leur vie est estimée à 11 %. Environ la moitié de ces personnes ont signalé que leur pire épisode a duré de 1 à 6 mois; pour 18 % d'entre elles, l'épisode a duré plus d'une année[1].

2. Dans le cadre d'une étude longitudinale menée auprès d'adolescents (n = 184 atteints de dépression*, n = 184 non atteints de dépression) et de leurs parents, les adolescents dépressifs ont signalé beaucoup plus de troubles du fonctionnement sur le plan des études, des relations avec les pairs et avec la famille, et de la qualité de vie liée à la santé physique, que les membres du groupe témoin. Leurs parents ont fait état d'une diminution de la qualité des relations sociales et familiales et d'une pression accrue sur la famille. De plus, les adolescents déprimés ont signalé des niveaux plus élevés d'autres troubles de santé mentale concomitants, notamment l'anxiété, l'inattention/hyperactivité et la toxicomanie. Un nombre important d'autres études (études épidémiologiques et transversales sur un traitement clinique) font état de résultats similaires[2].
   * Pour répondre à la définition d'une dépression, les adolescents devaient satisfaire aux critères d'un épisode dépressif d'une durée de ≥ 2 semaines au cours des six mois précédents, et avoir signalé ≥ 3 symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédentes.

3. Les facteurs de risque de dépression chez l'adolescent comprennent l'appartenance au sexe féminin, l'âge avancé, les antécédents familiaux de dépression (en particulier chez la mère), des épisodes antérieurs de dépression, d'autres problèmes de santé mentale ou comportementaux, une maladie chronique et le surpoids/l'obésité[3]. La présence d'antécédents familiaux de dépression est le facteur prédictif le plus significatif associé au risque de trouble dépressif majeur (TDM)[4].

4. Environ 14 % des Canadiens âgés de 15 à 24 ans ont signalé des pensées suicidaires; d'après des sondages internationaux menés dans la collectivité, environ 10 % des répondants signalent des antécédents d'acte autodestructeur[5]. Après les blessures accidentelles, le suicide est la principale cause de décès dans ce groupe d'âge[1].
   - Les hommes sont plus susceptibles de réussir leur suicide, mais les femmes sont trois à quatre fois plus susceptibles d'en faire une tentative. Les taux de suicide sont quatre à cinq fois plus élevés chez les adolescents autochtones que dans les populations non autochtones[6]. Bien que les résultats ne soient pas uniformes, les autres facteurs de risque dont font état les études transversales et certaines études prospectives comprennent les difficultés familiales et relatives à l'enfance, l'intimidation, le mésusage de substances (ce qui inclut le tabac) et les préoccupations concernant l'orientation sexuelle[5].

5. Environ un tiers des adolescents qui ont des idées suicidaires font effectivement une tentative de suicide. Cela étant, il reste difficile de reconnaître les adolescents qui passeront des idées suicidaires aux tentatives de suicide, puis au suicide proprement dit[7].
   a) Une étude de cohorte de naissances du Royaume-Uni portant sur 4 772 enfants et adolescents a permis d'évaluer leurs aspects suicidaires à l'âge de 16 ans. La prévalence des idées suicidaires était de 9,6 %; celle des tentatives de suicide était de 6,8 %. Dans cette cohorte, les facteurs de risque les plus significatifs de tentative de suicide (corrigés en fonction du sexe et du statut socio-économique) étaient l'exposition à des personnes qui se sont déjà automutilées (famille ou amis) (rapport de cotes [RC] : 3,21; IC à 95 % : 2,14 à 4,82) et la présence d'un TDM (RC : 3,63; IC à 95 % : 1,67 à 7,89)[8].
   b) Les résultats de plusieurs études indiquent également que le risque de suicide est plus élevé chez les jeunes femmes qui se blessent en s'infligeant des coupures[9].

c) Le meilleur facteur prédictif d'un éventuel suicide est un antécédent d'acte autodestructeur (40 à 60 % des adolescents qui se sont suicidés avaient de tels antécédents)[10].

ÉVALUATION

6. L'évaluation clinique peut être facilitée par l'utilisation d'outils de dépistage propres à la dépression (en format imprimé ou électronique), accompagnés d'une anamnèse exhaustive, d'un examen physique et d'analyses de laboratoire, s'il y a lieu (Renseignements généraux, point 10)[3]. Même si, dans l'idéal, cette évaluation devrait concerner à la fois le patient et les proches ou les aidants familiaux [preuves de niveau modéré], il est important d'interroger le patient tout seul car « les adolescents sont attachés à leur intimité, au respect de la confidentialité et à leur individualité[11] ».

7. Il faut aborder la question de la confidentialité, et notamment préciser aux adolescents que les parents ou les autorités judiciaires doivent être informés lorsqu'ils risquent de se blesser eux-mêmes ou de blesser autrui. À propos de l'âge du consentement au traitement : « L'âge de la majorité a grandement perdu de sa pertinence lorsqu'il s'agit de déterminer quand une jeune personne peut consentir à un traitement médical. Le concept de la maturité a remplacé l'âge chronologique, sauf au Québec, où l'âge du consentement a été fixé à partir de 14 ans. » L'adolescent doit bien comprendre la nature et les effets de tous les traitements proposés[12].
   - Étant donné que le soutien familial peut avoir une incidence essentielle sur la réussite d'un traitement (p. ex., aide pour le transport, soutien financier et soutien social[13]), il faut inciter les adolescents à faire appel à leurs parents/tuteurs légaux ou à d'autres personnes de confiance dans leur famille (Conseils pour la discussion)[11].

Conseils pour la discussion

- Proposez un environnement sûr où règnent le respect, l'acceptation et la compréhension. Expliquez qu'il est acceptable de parler de problèmes de santé mentale et de suicide.
- Écoutez activement et ne soyez pas critique. Soyez calme et positif : « Merci pour ta franchise, j'apprécie. »
- Laissez les adolescents parler librement et à leur aise sans avoir l'impression d'être jugés. Évitez de réagir négativement à ce que vous entendez. Revenez sur ce que vous avez entendu : « Je vois que tu te sens… »
- Essayez de poser des questions ouvertes : « Dis-m'en plus sur… »
- Demandez la permission de parler de leurs préoccupations et s'il est possible de placer un commentaire : « Ça te dérange si je te donne un conseil? »
- Résumez et posez des questions : « Tu as autre chose à ajouter? »
- Faites-leur savoir que vous n'avez pas toutes les réponses, mais que vous êtes là pour les écouter.
- Dites-leur que s'ils se sentent plus à l'aise de parler à quelqu'un d'autre, vous les aiderez à trouver un thérapeute, un conseiller (coach), un ami, un médecin ou une autre personne qui leur semble susceptible de les aider.

Dépistage de la dépression

8. Bien qu'aucune étude randomisée comparative n'ait permis de comparer les résultats liés à la dépression ou aux capacités fonctionnelles des adolescents soumis à un dépistage en soins primaires, avec ceux d'adolescents non soumis au dépistage, les lignes directrices cliniques recommandent le dépistage universel chez les adolescents de ≥ 12 ans car il existe des outils validés de dépistage de la dépression et des traitements efficaces pour cette population [preuves de niveau modéré]. L'intervalle optimal du dépistage est incertain – le dépistage opportuniste pourrait convenir[3,11,14]. Il n'existe aucune ligne directrice du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ou de la Société canadienne de pédiatrie concernant le dépistage de la dépression dans cette population.

9. L'*US Preventive Services Task Force* (USPSTF) recommande d'instaurer le dépistage en ayant des systèmes adéquats en place pour assurer le diagnostic précis, le traitement efficace et le suivi qui s'impose [recommandation B : certitude modérée à élevée d'un bienfait modéré]. L'USPSTF n'a trouvé aucune donnée probante permettant d'orienter la fréquence du dépistage, mais mentionne que le dépistage est le

plus susceptible d'être productif chez les personnes à risque accru[15].

10. L'utilisation d'un outil de dépistage normalisé spécifique de la dépression peut améliorer l'identification des adolescents aux prises avec cette maladie[16]. Le score au Questionnaire sur la santé des patients-9 (PHQ-9) (annexe 1) a été validé auprès d'un échantillon d'adolescents en soins primaires (n = 442) par rapport à l'entrevue diagnostique standard de référence fondée sur les critères diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-V (DSM-5e édition)[17]. Dans une version modifiée pour adolescents, le mot « irritable » est ajouté à la question 1; la question 7 est modifiée comme suit : « Difficulté à se concentrer pendant des tâches comme le travail scolaire, la lecture ou le fait de regarder la télévision » (au lieu de « à lire le journal ou à regarder la télévision »).
    a) Un score PHQ-9 ≥ 11 a une sensibilité de 73 % à 89,5 %, et une spécificité de 77,5 %. La valeur prédictive négative (VPN) est de 99,4 %, mais la valeur prédictive positive (VPP) n'est que de 15,2 %[11].
    b) L'obtention d'un score élevé à un test de dépistage n'a pas une valeur diagnostique, notamment parce que la VPP peut être faible chez une population à faible risque en soins primaires. Il est essentiel d'effectuer une évaluation plus approfondie (comme cela est décrit aux Renseignements généraux, points 13-14)[11,18].

11. Bien que le PHQ-2 (les deux premières questions du PHQ-9) ait également été validé dans cette population[19], cet outil de dépistage abrégé ne comprend aucune question sur les tendances suicidaires. D'après les résultats de l'étude de validation, 19 % des adolescents qui ont déclaré avoir des tendances suicidaires n'ont pas obtenu un résultat positif au test PHQ-2, « ce qui donne à penser que dans un contexte réel, ils auraient été ignorés[11] ».

12. L'échelle de dépression chez l'adolescent de Kutcher (KADS) est un autre outil auto-administré de dépistage (annexe 2) qui a été validé d'après l'entrevue diagnostique fondée sur les critères du Manuel DSM-V au sein d'un échantillon canadien de 1 712 adolescents âgés de 12 à 17 ans. Dans cette étude, un score de 6 ou plus à un questionnaire à six questions avait une sensibilité de 92 % et une spécificité de 72 %. La VPN était de 99 %, et la VPP de 26 %. Son efficacité était comparable à celle de l'Inventaire de dépression de Beck à 21 questions[20].
    - Il existe d'autres outils de dépistage en santé mentale chez l'enfant, mais ils permettent de dépister un vaste éventail de troubles de santé mentale et ne sont pas spécifiques de la dépression. Plusieurs de ces outils généraux de dépistage en santé mentale se trouvent dans la trousse GLAD-PC sur la prise en charge de la dépression chez les adolescents.

Interrogatoire

13. L'interrogatoire doit porter sur les sujets suivants :
    a) Symptômes présents lors de la consultation initiale et atteinte fonctionnelle à domicile, à l'école et avec les camarades de l'enfant.
    b) Antécédents psychiatriques du patient et de sa famille.
    c) Comorbidités mentales – anxiété (présente chez 30 à 80 % des adolescents atteints du TDM), TDAH, troubles alimentaires (voir également le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Troubles alimentaires » – mai 2019, en ligne : https://members.fmpe.org/).
    d) Consommation de substances psychoactives.
    e) Causes secondaires de la dépression – p. ex., anémie, dysfonction thyroïdienne et carences nutritives.
    f) Tout antécédent d'intimidation ou de sévices, d'acte autodestructeur et d'idées suicidaires[4,18,21,22].

14. Bien que l'outil HEEADSSS (évaluation psychosociale dont l'acronyme anglais signifie maison, éducation et emploi, alimentation, activités, drogues/alcool, sexualité, suicide et dépression et sécurité) ne soit pas recommandé de manière isolée, il est efficace pour l'évaluation du risque psychosocial[4].
    - L'outil HEEADSSS est accessible en ligne (en anglais) au http://www.bcchildrens.ca/youth-health-clinic-site/documents/headss20assessment20guide1.pdf
    - Une mise à jour de l'outil HEEADSSS comprend de nouvelles questions sur l'utilisation de médias (p. ex., l'utilisation d'un téléphone cellulaire). Elle est accessible en ligne au http://www.trapeze.org.au/sites/default/files/2014_01_Klein_Goldenring_HEEADSSS3.0_ContemporaryPediatrics.pdf

Effets du cannabis sur la dépression chez l'adolescent

15. Aucun lien de causalité entre la consommation de cannabis et la dépression n'a été établi, mais les données épidémiologiques semblent indiquer qu'une consommation importante de cannabis est associée à des troubles de l'humeur, notamment chez les personnes présentant des facteurs de risque significatifs ou qui consomment du cannabis constamment pendant toute leur adolescence jusqu'au début de l'âge adulte. En revanche, la présence de troubles de l'humeur peut augmenter le risque de consommation de cannabis, qui semble alors perçue comme une automédication. L'association

entre le cannabis et les troubles d'anxiété semble plus faible[23,24]. Il serait important de cerner la chronologie des symptômes par rapport au moment de la consommation du cannabis, car la consommation de cannabis comme automédication pour faire face à une souffrance psychologique serait l'occasion de discuter d'autres traitements (p. ex., *counselling*, pharmacothérapie).

16. La consommation importante de cannabis peut être liée à un risque accru de psychose (qui peut être transitoire), mais aussi entraîner l'apparition de troubles psychotiques chez les personnes ayant des antécédents personnels ou familiaux de psychose. La courbe dose-réponse montre que l'association est la plus forte chez les personnes qui consomment beaucoup de cannabis[24].

Évaluation des tendances suicidaires

17. Traiter les patients « avec compassion et compétence en leur proposant une écoute active et non critique devrait être le fondement de toute approche clinique des actes autodestructeurs, surtout chez les jeunes[10] ».

18. Le risque de suicide doit être évalué chez tous les adolescents présentant des symptômes dépressifs[14]. L'utilisation de l'outil « SAD PERSONS » peut faciliter la reconnaissance des personnes à risque accru[25] :
    - **S**exe (plus de femmes font des tentatives de suicide, mais plus d'hommes se suicident)
    - **Â**ge supérieur à 16 ans
    - **D**épression (et trouble comorbide des conduites; agressivité impulsive; anxiété)
    - ***P**revious attempts* (tentatives antérieures).
    - ***E**thanol abuse* (consommation ou consommation abusive d'alcool)
    - ***R**ational thinking lost* (perte de la pensée rationnelle, p. ex., trouble psychotique; ébriété)
    - ***S**ocial supports lacking* (faible soutien social)
    - ***O**rganized plan* (planification du suicide : méthode dangereusement mortelle ou inhabituelle et souhait de mourir; dissimulation)
    - ***N**o significant other* (aucune personne chère : aucun ami de confiance ni confident)
    - ***S**ickness* (maladie ou facteurs stresseurs)

    Lorsque les patients ont des pensées suicidaires ou qu'ils présentent un risque élevé, sur la foi de multiples signes avant-coureurs, demandez-leur s'ils ont déjà été exposés à des actes autodestructeurs dans leur entourage (famille ou amis) ou s'ils ont des antécédents en cette matière car ces comportements sont plus étroitement corrélés avec le suicide (Renseignements généraux, point 5).

19. Le TASR-A est l'outil d'évaluation du risque de suicide chez les adolescents qui peut assister dans l'évaluation exhaustive du risque de suicide. Il a été conçu par des cliniciens experts de l'Université de Dalhousie; il ne s'agit pas d'un outil diagnostique mais d'un guide permettant d'explorer les facteurs de risque de suicide. Le TASR-A peut être téléchargé gratuitement au http://teenmentalhealth.org/product/tasr/.

Plan de sécurité

20. On ne connaît aucune étude dans laquelle les chercheurs ont examiné les avantages ou les risques liés aux « *contrats de sécurité* », et rien ne prouve qu'ils permettent d'éviter le suicide. Les contrats de ce type ont d'ailleurs de nombreux défauts qui peuvent compromettre le partenariat clinicien-patient[11,26,27].

21. Aucune étude n'a cherché à évaluer directement les effets ou les modes d'élaboration d'un plan de sécurité, mais les meilleures pratiques donnent à penser que lorsqu'un adolescent est considéré comme à risque de suicide, il est avantageux d'établir un plan de sécurité personnalisé avec le patient (et si possible sa famille ou son aidant)[11]. Il est essentiel de restreindre l'accès aux moyens létaux à domicile (p. ex., médicaments, armes à feu), d'évaluer la situation, de demander aux adultes d'assurer, si possible, une supervision et un soutien adéquats, et de fournir un suivi opportun et régulier. En outre, un plan de sécurité peut consister à répertorier :
    - les déclencheurs des pensées suicidaires et de la souffrance émotionnelle, et des signes évocateurs d'un sentiment d'accablement;
    - des stratégies utiles qui ont déjà été efficaces ou qui pourraient l'être maintenant;
    - des raisons de vivre et de garder espoir;
    - des personnes qui peuvent soutenir le sujet lorsqu'il se sent dépassé;
    - les autres services de soutien en cas de crise, comme les services d'assistance téléphonique (Feuillet d'information destiné aux patients) [preuves de faible niveau][11,26].

    Un exemple de plan de sécurité est proposé au https://www.cheo.on.ca/fr/resources-and-support/suicide.aspx

DIAGNOSTIC

22. Une évaluation plus détaillée fondée sur les critères du DSM-V est indiquée lorsque les patients obtiennent un résultat positif au dépistage de la dépression, ou lorsqu'une dépression est fortement soupçonnée malgré un résultat négatif au test de dépistage[11]. Bien que les critères diagnostiques soient les mêmes que pour les adultes, les adolescents peuvent signaler plus d'hypersomnie et moins de changements d'appétit ou de poids[28]. La sévérité de la dépression dépend de la nature des symptômes (nombre, type, sévérité) et du degré d'atteinte fonctionnelle qui peut être léger

et gérable, mais aussi très pénible et non gérable[25]. Il est important de vérifier l'absence d'antécédent personnel ou familial évoquant un trouble bipolaire.

PRISE EN CHARGE

Ressources locales

23. Pour faire en sorte que les patients aient accès aux services nécessaires en temps opportun, il est important d'indiquer et de proposer des « ressources d'orientation et de collaboration en santé mentale » dans la collectivité locale. Il peut s'agir notamment :
    - De liens vers des établissements de santé mentale qui faciliteront l'orientation vers un spécialiste (si disponible) – ex. : Association canadienne pour la santé mentale (Feuillet d'information destiné aux parents, à la fin du module).
    - D'autres professionnels de la santé pouvant offrir du *counselling* de soutien.
    - Des structures scolaires susceptibles de fournir un soutien thérapeutique et des plans de sensibilisation individuels; la plupart des collèges et des universités offrent un soutien aux étudiants, notamment du counseling en santé mentale.
    - Des services téléphoniques d'aide d'urgence possiblement adaptés aux adolescents.
    - Des groupes de soutien en ligne ou en personne et centres d'accueil pour adolescents[11].

    Pour plus de renseignements concernant les ressources, voir les feuillets d'information destinés aux patients/parents à la fin du module.

Conseils relatifs au mode de vie

24. Les lignes directrices de l'*American Academy of Pediatrics* et du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recommandent du *counselling* axé sur le mode de vie, sans toutefois citer de données probantes à l'appui[14,25]. Une revue systématique Cochrane de 2006 a permis de constater une différence statistiquement significative en faveur de la réduction de la dépression par l'activité physique dans cinq études portant sur la population générale des adolescents (âgés de 11 à 19 ans). Les études étaient toutefois de faible qualité. Les auteurs ont également conclu que les effets étaient sensiblement identiques selon que l'activité physique était d'intensité élevée ou faible[29].

25. Outre l'exercice physique, le *counselling* axé sur le mode de vie doit préconiser une alimentation saine (alimentation équilibrée et repas réguliers, moins de caféine) et un sommeil de bonne qualité (8-10 heures par nuit)[30]. Comme le sommeil est souvent cité comme un problème, il peut être utile d'aborder les changements que les patients seraient prêts à effectuer en matière d'hygiène du sommeil, par exemple :
    - Adopter une routine de sommeil régulière et s'y tenir, même les fins de semaine.
    - N'aller se coucher que lorsqu'on est fatigué.
    - Éviter de consommer de grandes quantités de nourriture juste avant de se mettre au lit.
    - Limiter sa consommation de caféine en soirée.
    - Maintenir l'obscurité et la tranquillité dans la chambre à coucher.
    - Éviter de faire la sieste si cela semble perturber le sommeil nocturne.
    - Établir une routine à l'heure du coucher.
    - Essayer des applications de méditation guidée (pour plus de ressources, voir le Feuillet d'information destiné aux patients).
    - Éviter d'utiliser des « écrans » (téléphones cellulaires, tablettes, ordinateurs) juste avant le coucher[18,30].

Soutien actif

26. Une relation non critique, ouverte, saine et bienveillante avec un médecin de famille qui respecte la confidentialité, dans les limites qui conviennent, est essentielle à la thérapie des adolescents souffrant de dépression. Chez les patients atteints de dépression légère, envisager une période de « soutien actif » (visite une fois par semaine ou toutes les deux semaines pendant six à huit semaines pour la surveillance active) [preuves de faible niveau]. De nombreuses études comparatives randomisées ont montré que de nombreux patients adolescents répondent au « traitement de soutien non directif » et à la surveillance régulière des symptômes. Le soutien actif peut consister à :
    - Prescrire de l'activité physique sur une base régulière et d'autres conseils liés au mode de vie (Renseignements généraux, points 24-25).
    - Recommander un groupe de soutien par les pairs.
    - Réévaluer les objectifs d'autoprise en charge.
    - Organiser un suivi fréquent (en personne, par téléphone ou par message texte – Renseignements généraux, point 38a).
    - Procurer aux patients et à leur famille des documents d'information (feuillets d'information destinés aux patients/parents à la fin du module)[28,30].

27. Une revue systématique des interventions psychoéducatives menées chez des adolescents (15 études – 7 chez des sujets présentant une dépression/des symptômes dépressifs; 8 chez des sujets à risque de dépression) a permis d'évaluer essentiellement des programmes familiaux/en groupe offrant de l'information aux patients, à leurs familles/aidants sur le diagnostic, la prise en charge et le pronostic, et des conseils permettant aux sujets de continuer d'aller bien. Bien que la base de données probantes ait

été limitée, les auteurs ont noté plusieurs avantages des interventions psychoéducatives, y compris « une meilleure communication familiale et des effets positifs sur les symptômes de l'humeur et le bien-être[31] ».

28. Chez les patients atteints de dépression légère, une psychothérapie associée ou non à des médicaments peut être envisagée si les symptômes persistent plus de six à huit semaines malgré un soutien actif[30]. Les lignes directrices du NICE (2015) recommandent de n'utiliser des médicaments qu'en association avec une psychothérapie chez les patients atteints de dépression modérée à sévère[14].

Traitements précis

29. Il faut informer les patients et leur famille de l'éventail d'options thérapeutiques offert et les aider à convenir d'un plan thérapeutique qui tient compte de la sévérité de leurs symptômes, des comorbidités, des préférences du patient/de sa famille et de la disponibilité locale de services[4,30].

30. Les traitements fondés sur des données probantes (psychothérapie, pharmacothérapie) doivent être recommandés aux patients atteints de dépression modérée à grave [preuves de niveau élevé][30].
Remarque: La plupart des études sur la psychothérapie ont été menées chez des adolescents atteints du TDM et chez des sujets atteints des formes plus légères de dépression (p. ex., symptômes dépressifs juste en dessous du seuil défini, trouble dysthymique). Les études sur la pharmacothérapie portaient en revanche uniquement sur des adolescents atteints du TDM en général[30].

31. Idéalement, les soins doivent être prodigués suivant un modèle de collaboration intégrée[11]. Lors d'une étude comparative randomisée menée aux États-Unis (n = 100), un modèle de soins graduels en collaboration (conseillers en santé mentale intégrés aux soins primaires) a fait état d'une diminution de 50 % des symptômes dépressifs (67,6 % vs 38,6 %; RC : 3,3 [1,4-8,2]; p = 0,009) et d'une rémission de la dépression (50,4 % vs 20,7 %; RC : 3,9 [1,5-10,6]; p = 0,007) chez un plus grand nombre d'adolescents à 12 mois comparativement aux soins habituels.
Remarque : Pendant cette étude, les participants avaient obtenu un score moyen PHQ-9 de 14,6 et ont été répartis au hasard pour recevoir du *counselling* de la part d'un « gestionnaire des soins liés à la dépression » ayant une formation de niveau maîtrise, associé à un traitement (psychothérapie et/ou pharmacothérapie) selon les préférences du patient; 38 % ont reçu une psychothérapie seulement, 4 % ont reçu des médicaments seulement et 54 % ont reçu les deux. Le suivi avait lieu en personne ou par téléphone chaque semaine ou toutes les deux semaines; si la réduction du score PHQ-9 était inférieure à 50 % entre les 4e et 8e semaines, les soins étaient intensifiés (ajout d'un médicament, modification ou intensification du traitement). Le nombre moyen de visites et de contacts téléphoniques en 12 mois était de 14 et 7, respectivement[32].

Psychothérapie

32. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie interpersonnelle (TIP) sont recommandées par les lignes directrices du NICE (2015)[14] et celles de l'*American Academy of Pediatrics* (2018)[30] pour le traitement de la dépression chez des adolescents en soins primaires, d'après plusieurs anciennes méta-analyses.
    a) Une revue systématique plus récente d'études comparatives randomisées menées chez des adolescents souffrant de dépression ayant reçu des interventions psychologiques a fait état de résultats mixtes. Sur les six études récentes sur la TCC individuelle, quatre ont signalé des résultats non significatifs et deux ont fait état de taux de réponse significatifs à 55 % et 68 % (NNT = 7 et 3, respectivement). Pour la TCC en groupe, cinq études ont été incluses et seule une a fait état de résultats significatifs (taux de réponse à la thérapie = 93 %; NNT = 16). La TCC semblait moins efficace dans les cas complexes présentant des comorbidités significatives comme le SSPT, le trouble des conduites ou la psychose. Il a été impossible d'effectuer une méta-analyse en raison des différences entre les populations à l'étude et les critères d'évaluation[33].
    b) En général, le *counselling* consiste en des séances hebdomadaires d'une heure, s'étalant sur 8 à 20 semaines. Si l'état du patient ne s'est pas amélioré après 6 à 12 semaines, l'ajout d'une pharmacothérapie peut être nécessaire[25].

33. Si la TCC en personne n'est pas accessible ou que le patient la refuse, les formats informatisés peuvent constituer une bonne solution de rechange. Une petite étude comparative randomisée (n = 187 adolescents atteints de dépression légère à modérée) a montré qu'une intervention de TCC en ligne (un jeu de fiction* interactif comprenant 7 modules, présentés sur 4 à 7 semaines) était aussi efficace pour l'atténuation des symptômes de la dépression que le *counselling* en personne (nombre moyen de séances : 5)[34].
    * Le programme de TCC en ligne utilisé pendant cette étude était le SPARX (feuillet d'information destiné aux patients, fin du module).

34. Bien que la TIP n'ait pas été aussi bien étudiée que la TCC, elle s'est avérée efficace dans le traitement de la dépression chez les adolescents. Une méta-

analyse (7 études comparatives randomisées, n = 538 adolescents atteints de dépression) visait à comparer la TIP avec 4 situations témoins différentes (liste d'attente, placebo psychologique, traitement habituel, aucun traitement). L'analyse des données regroupées semble indiquer que la TIP est significativement plus efficace que toute autre situation témoin pour ce qui est de l'atténuation des symptômes dépressifs et de l'augmentation du taux de réponse/rémission après le traitement. Par ailleurs, la TIP a été plus efficace que les interventions témoins pour ce qui était de l'amélioration de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles[35].

35. Les interventions basées sur la pleine conscience peuvent être bénéfiques d'après deux méta-analyses incluant des études comparatives randomisées de qualité faible à modérée. La première portait précisément sur les interventions de la pleine conscience en personne au sein d'une population générale d'enfants et d'adolescents (n = 33 études); la deuxième portait sur des essais d'interventions non pharmacologiques auprès d'étudiants à l'université atteints d'anxiété, de dépression, de TOC et de SSPT (n = 51 études). Pendant les deux études, les participants ont bénéficié d'une diminution significative des symptômes dépressifs (ampleur de l'effet légère et modérée, respectivement[36,37]).

Pharmacothérapie

36. Si un médicament est envisagé, les ISRS restent le choix de première intention pour les adolescents atteints du TDM. Les études comparatives randomisées montrent des taux de réponse aux ISRS compris entre 40 et 60 %, mais n'oublions pas que les taux de réponse au placebo sont semblables, puisqu'ils sont compris entre 30 et 60 %[38,39]. Les taux de rémission sont significativement inférieurs; il existe quelques études sur la poursuite du traitement à plus long terme. La fluoxétine est le médicament appuyé par les données probantes les plus solides qui montrent un bon rapport risque-avantage et quelques signes d'efficacité après 36 semaines de traitement. Dans l'ensemble, les études indiqueraient que 4 à 10 adolescents auraient besoin d'être traités par un médicament comparativement à un placebo pour qu'une réduction significative des symptômes se produise chez un adolescent. Les autres options dont l'efficacité est appuyée par au moins une étude comparative randomisée comprennent l'escitalopram, le citalopram et la sertraline. Aucun avantage apparent n'a été montré pour la paroxétine, la mirtazapine ou les IRSN[40].

37. Les effets nuisibles des antidépresseurs comprennent les effets secondaires physiques comme les maux de tête, les troubles gastriques et l'insomnie/hypersomnie. Les effets secondaires comportementaux tels que l'hyperactivité, l'irritabilité, l'agressivité, la désinhibition, la labilité émotionnelle et l'acte autodestructeur peuvent se produire chez environ 10 à 25 % des jeunes[40] (annexe 3).
    - La hausse du risque relatif de comportement suicidaire est estimée à 1,95 d'après toutes les études; c'est ce qui a incité la FDA à publier une mise en garde « encadré noir » en 2004 au sujet des enfants et des adolescents. Les définitions du comportement suicidaire dans les publications sont variables et s'étalent sur un spectre allant des idées suicidaires à l'acte autodestructeur avec intention de suicide. La venlafaxine et la paroxétine se sont avérées les plus significativement associées aux tentatives de suicide ou aux suicides d'après une revue systématique d'études observationnelles et cas-témoins. Les meilleures données disponibles tirées d'études contrôlées et de bases de données de population montrent à présent que l'utilisation des ISRS diminue les taux réels de suicide et ne les augmente pas[30,40-43].

38. En général, les doses de médicament sont semblables ou légèrement inférieures chez les adolescents comparativement aux adultes[30]. Bien que les effets complets d'un médicament n'apparaissent généralement pas avant quatre à six semaines de traitement, une certaine réponse doit être observée deux à trois semaines après l'instauration d'une dose thérapeutique. Si cette réponse ne se produit pas, la dose doit être augmentée[25,30,44].
    a) Une fois que la pharmacothérapie a été instaurée, des visites régulières doivent être planifiées (au moins une fois par semaine pendant le premier mois de traitement) pour surveiller les effets secondaires, l'efficacité et les modifications de dose [preuves de faible niveau][28,30]. L'outil PHQ-9 peut servir à surveiller l'efficacité du traitement en soins primaires [preuves de très faible niveau – opinion d'experts][45]. Les résultats de vastes enquêtes auprès de la population montrent que la surveillance téléphonique peut être tout aussi fiable que les interactions en personne avec les adolescents[46,47]. Une étude récente a permis de constater que la messagerie texte constitue un « moyen économique et dynamique de suivre les symptômes, le comportement et l'idéation au fil du temps » chez les adolescents dépressifs.
    Remarque : Cette étude a utilisé un système automatisé de messages textes conçu par ses auteurs[48].
    b) Il est crucial d'évaluer à chaque visite les idées suicidaires et les effets secondaires émotionnels/comportementaux[30]. Bien que les taux réels de suicide ne soient pas en hausse (Renseignements

généraux, point 34), ces effets secondaires doivent être surveillés et pris en charge[40].

c) Le déclenchement apparent d'une symptomatologie maniaque serait lié aux effets des médicaments, mais il est souvent dû à une bipolarité sous-jacente. Il est important de distinguer un épisode maniaque d'un épisode plus souvent déclenché par des médicaments et lié à la dose[40]. Les symptômes comme l'irritabilité accrue, la nervosité ou l'agitation après l'instauration du traitement antidépresseur ne suffisent pas pour diagnostiquer une maladie bipolaire.

d) Des données limitées appuieraient le traitement d'entretien par un médicament pendant 6 à 12 mois suivant la rémission d'une dépression [preuves de très faible niveau – opinion d'experts][30].

Voir l'annexe 3 pour de plus amples renseignements sur les médicaments.

39. Jusqu'à 50 % des adolescents en soins primaires refusent de prendre un antidépresseur. En outre, parmi ceux qui commencent à en prendre, environ la moitié n'en bénéficient pas en raison de l'inobservance et de la courte durée du traitement. Chez ces patients, une TCC de courte durée peut être bénéfique d'après une petite étude comparative randomisée (n = 212) menée chez des adolescents atteints du TDM ayant récemment refusé ou rapidement arrêté un traitement antidépresseur. Comparativement au traitement habituel*, la TCC associée au traitement habituel s'est avérée supérieure au traitement habituel seul quant au principal critère d'évaluation, à savoir le rétablissement d'un TDM, avec un NNT post-traitement de 4[49].

*Le traitement habituel peut comprendre l'une des options suivantes : traitement de santé mentale non expérimental incluant divers types de *counselling* et certains antidépresseurs différents du médicament à l'étude.

Traitement d'association

40. Des méta-analyses* (16 études comparatives randomisées, n = 2 928)[50,51] ont révélé que l'association d'une TCC à des antidépresseurs peut initialement entraîner un meilleur fonctionnement global, mais d'autres avantages comme l'obtention d'une rémission et la prévention des récidives sont incertains[52]. D'après une recommandation du NICE de 2015 : « Il convient d'envisager un traitement d'association (fluoxétine et psychothérapie) pour le traitement initial de la dépression modérée à sévère chez les adolescents en remplacement d'une psychothérapie initiale suivie d'un traitement combiné[14] ».

*L'une des méta-analyses[50] portait sur des adolescents atteints de troubles dépressifs et anxieux.

41. Chez les adolescents observant la pharmacothérapie et ne répondant pas à un ISRS, on peut envisager la substitution d'un autre ISRS associé à la TCC d'après une étude comparative randomisée américaine menée chez 334 adolescents atteints de dépression réfractaire au traitement (définie par l'absence de réponse après 8 semaines de traitement par un ISRS dont la dose équivalait à 40 mg de fluoxétine).
    - Lors de cette étude, les participants (âge moyen : 15,9 ans) ont été affectés à l'un des quatre groupes de traitement suivants : substitution d'un autre ISRS ou de la venlafaxine (deux groupes) ou remplacement du médicament associé à la TCC (deux groupes). Après 12 semaines, les sujets affectés à la substitution du médicament associée à la TCC ont obtenu un taux de réponse plus élevé que celui des sujets affectés uniquement au médicament (54,8 vs 40,5 %; p = 0,009). Aucune différence n'a été observée quant au taux de réponse chez les sujets ayant reçu le nouvel ISRS ou la venlafaxine seule, mais le groupe sous venlafaxine a eu plus d'effets secondaires (hausse de la tension artérielle, problèmes cutanés)[53].

POINTS CLÉS

- Faire passer aux adolescents un test de dépistage de la dépression au moyen d'un outil de dépistage précis comme les questionnaires PHQ-9 ou PHQ-A, suivi d'une anamnèse plus détaillée fondée sur les critères du DSM-V.
- Le risque de suicide doit être évalué chez tous les adolescents souffrant de dépression. On peut envisager d'utiliser un cadre de travail comme celui du TASR-A offert en ligne au http://teenmentalhealth.org/product/tasr/.
- Établir un plan de sécurité (plutôt qu'un contrat de sécurité).
- La prise en charge comprend des conseils liés au mode de vie incluant un soutien actif des sujets atteints de dépression légère et une psychothérapie (TCC individuelle ou en groupe, TIP) avec ou sans médicaments dans les cas de dépression modérée à grave.
- La fluoxétine est l'option médicamenteuse appuyée par les données probantes les plus rigoureuses, et dotée du meilleur profil d'innocuité.
- Surveiller régulièrement tous les adolescents pour déceler les effets secondaires comportementaux et émotionnels des médicaments.
- Envisager un modèle de soins intégré et en collaboration avec d'autres professionnels de la santé mentale afin d'améliorer les résultats, lorsque les ressources le permettent.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Janette, âgée de 18 ans

Quels autres renseignements seraient utiles?

Il conviendrait d'envisager d'utiliser l'outil HEEADSSS pour évaluer les antécédents de manière plus structurée (Renseignements généraux, point 14). Il est important d'établir les antécédents de traumatisme, mais vous pourriez réfléchir à l'opportunité de le faire en fonction de l'aisance avec laquelle Janette participe à cette conversation aujourd'hui et de la franchise avec laquelle elle se confie (voir Conseils pour la discussion à la section Évaluation). Il conviendrait de lui demander quelles ressources, y compris celles en ligne, elle a déjà consultées.

Il serait également important de passer en revue tout symptôme associé à d'autres troubles psychiatriques et de lui faire passer un test de dépistage de la dépression (Renseignements généraux, points 8-9). Il faudrait envisager d'utiliser les outils PHQ-9 ou KADS (Renseignements généraux, points 6, 10-11; annexes 1, 2) et le dépistage de l'anxiété avec un outil comme le GAD-7 (en ligne : https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/GAD708.19.08Cartwright.pdf). Vous devriez vous assurer que Janette comprenne les enjeux concernant la confidentialité et ses limites (Renseignements généraux, point 7).

Deuxième partie

Quels autres évaluations et examens envisageriez-vous?

Il conviendrait de lui faire passer un examen physique complet puisqu'elle est atteinte de fatigue, afin d'écarter d'autres problèmes médicaux sous-jacents. Vous pourriez également commander une analyse de la TSH et une FSC, et peut-être le taux de ferritine ou de vitamine B12 (Renseignements généraux, point 6).

Troisième partie : Juste avant la reprise des classes

De quelles options discuteriez-vous avec Janette? Quelles stratégies emploieriez-vous pour favoriser la communication avec elle?

Pour tenter d'établir un lien thérapeutique, vous pourriez commencer par lui demander ce qu'elle serait prête à essayer.

Les options thérapeutiques pour Janette pourraient comprendre un soutien actif (Renseignements généraux, point 26) incorporant des conseils liés au mode de vie (Renseignements généraux, points 24-25), une psychothérapie/du *counselling* (Renseignements généraux, points 32-35) avec ou sans médicament (Renseignements généraux, points 36-39; annexe 3), mais il conviendrait mieux d'avoir avec elle une discussion au sujet des médicaments à la prochaine visite. Dans la mesure où elle reprendra ses cours, vous pourriez l'encourager à profiter des programmes de *counselling* et de soutien offerts par les services de santé de son université et discuter de l'importance du suivi dans ce contexte (p. ex., la santé des étudiants). Il serait également raisonnable de parler des techniques de la pleine conscience (Renseignements généraux, point 35).

Vous pourriez offrir des ressources documentaires et électroniques, notamment des ressources de soutien en cas de crise auxquelles Janette pourrait faire appel (Renseignements généraux, point 23; Feuillet d'information destiné aux patients, à la fin du module).

En supposant que Janette est prête à confier au moins certaines choses à ses parents ou aux personnes de soutien, il pourrait être utile de lui demander de résumer la situation et d'établir un plan avec vous et les personnes de soutien présentes; cette approche permet de respecter son autonomie tout en mobilisant ses proches (dans la mesure qui convient). Vous pourriez convenir à l'avance que vous interviendrez, à sa demande, pour clarifier les choses, mais qu'autrement, ce serait à elle de décider de ce qu'elle veut confier à autrui. Cette approche partirait du principe qu'il n'existe aucun danger imminent pour elle-même ou pour les autres.

Quatrième partie

Que lui suggéreriez-vous à ce stade?

Il serait raisonnable de lui conseiller une TCC ou une TIP sur une base régulière (Renseignements généraux, points 32-34). Vous pourriez envisager de remplacer son médicament par un ISRS différent, en particulier si son état ne s'améliore pas après quelques semaines additionnelles (Renseignements généraux, point 41). Vous pourriez expliquer l'importance de l'activité physique si elle n'en fait pas et évoquer les occasions de socialiser sérieusement avec ses amis et sa famille.

Cas numéro 2 : Bernard, âgé de 15 ans

Quelle serait votre approche avec Bernard?

Les Conseils pour la discussion (à la section Évaluation) pourraient vous fournir un cadre ou une approche utile pour amorcer la conversation avec Bernard.

Vous pourriez lui demander ce qu'il pense des préoccupations de ses parents. Il semble courir un risque élevé de dépression; il doit donc passer un test de dépistage (Renseignements généraux, points 8-9). Il faudrait envisager d'utiliser les questionnaires PHQ-9 ou KADS (Renseignements généraux, points 10-12; annexes

1, 2) et l'outil GAD-7 pour le dépistage de l'anxiété. Il serait par ailleurs utile d'évaluer ses antécédents psychosociaux avec l'outil HEEADSSS (Renseignements généraux, point 14).

Un examen physique complet et une analyse de sang (FSC, TSH) seraient indiqués (Renseignements généraux, point 6).

Deuxième partie

Que répondriez-vous à sa demande de confidentialité?

Il serait important de lui garantir la confidentialité – à ceci près que, s'il est manifestement suicidaire, vous devrez parler à ses parents. Vous pourriez discuter avec lui de ses préoccupations concernant la communication avec ses parents, lui demander ce qui l'aiderait à engager la discussion avec eux, et lui expliquer pourquoi il serait utile de les informer – par exemple, ils peuvent l'aider pour ce qui est du coût des médicaments, du transport et des assurances (Renseignements généraux, point 7).

Que feriez-vous pour vous assurer que Bernard puisse retourner chez lui en toute sécurité aujourd'hui?

Dans le cadre d'une évaluation relative à la sécurité, il serait essentiel de demander à Bernard s'il a des idées suicidaires et un projet de suicide, s'il a déjà fait une tentative de suicide ou a eu des comportements autodestructeurs. Il pourrait être utile de recourir à un cadre conceptuel pour effectuer cette évaluation (Renseignements généraux, points 17-19). Vous pourriez demander s'il y a des armes à feu, de l'alcool ou des médicaments à la maison (Renseignements généraux, point 21). Il pourrait être utile d'élaborer un plan de sécurité pour Bernard afin de l'aider à traverser les moments difficiles et à assurer sa sécurité. Son plan de sécurité pourrait porter sur les aspects suivants (Renseignements généraux, point 21) :

- Signes avant-coureurs – « Qu'est-ce que je ressens? »
- Éléments positifs dans sa vie – « Que puis-je espérer? »
- Stratégies d'adaptation – « Comment rendre mon environnement sûr? », « Que puis-je faire pour moi-même? »
- Personnes de soutien : « Qui puis-je appeler? » (famille, amis, professionnels).

Si la sécurité pose problème, l'hospitalisation involontaire devrait être envisagée. Le processus d'hospitalisation involontaire d'un adolescent est le même que pour un adulte. Dans chaque province/territoire, des lignes directrices régissent les modalités de l'institutionnalisation ou de l'hospitalisation involontaire.

En supposant que Bernard est en sécurité, quelles seraient vos démarches suivantes?

Un suivi rapproché serait essentiel – par exemple, un appel téléphonique dans quelques jours (si possible) et une visite dans une semaine. Il faudrait lui fournir les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence (voir Feuillet d'information destiné aux patients à la fin de module), et notamment celles de l'unité hospitalière psychiatrique la plus proche, et lui expliquer quand et comment il doit s'en servir.

Il faudrait songer à aborder les formes de *counselling* auxquelles il peut avoir accès, y compris les ressources en ligne. Pendant une visite ultérieure, vous pourriez lui remettre une petite quantité d'antidépresseurs et vous assurer que quelqu'un (sûrement ses parents) le surveille de près. Dans ce cas, vous devriez surveiller étroitement la progression des idées suicidaires et des effets secondaires de type émotionnel ou comportemental (Renseignements généraux, point 37; annexe 3).

Enfin, comme il semble qu'il fume du cannabis en guise d'automédication, vous pourriez lui expliquer les effets possibles de cette consommation sur son humeur et sa santé mentale (Renseignements généraux, points 15-16) et lui proposer des ressources précises, par exemple un groupe de soutien en ligne (Renseignements généraux, point 23; Feuillet d'information destiné aux patients à la fin du module) pour ne pas le submerger. Vous pourriez aussi inviter les parents à consulter le Feuillet d'information destiné aux parents (à la fin du module).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

Auteure : **Phyllis McCord, M.D., CCMF, FCMF**
Médecin de famille
Waterdown, Ontario

Réviseuses : **Sharon Cirone, M.D., FCFPC, CCA (médecine des toxicomanies)**
Médecin d'urgence/de famille
Toronto, Ontario

Sara Forsyth, M. Sc., M.D., CCMF (médecine du sport et de l'exercice), diplôme de médecine du sport
Médecin de famille
Richmond, Colombie-Britannique

Rédactrice médicale en chef :
Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale :
Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation
Orangeville, Ontario

Coordonnateur, Développement des modules :
Brian Thode, B.A., M.A.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Nathalie Gans (Toronto, Ontario) et Dawid Martyniak (London, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Auton St. Rose (Prince George, Colombie-Britannique), Angela Tarazona (Calgary, Alberta) et Joe Wiatrowski (Winnipeg, Manitoba), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Roland Halil, qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Phyllis McCord, Sharon Cirone, Sara Forsyth, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en août 2019.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé	• Revues systématiques/méta-anlayses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. • Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes. • Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information provenant de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants ou dont les variations des résultats entre les études sont significatives. • Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.
Très faible	• Opinion d'experts • Rapports de cas individuel ou de séries de cas

Sources :

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm

3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines:3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Findlay L. Depression and suicidal ideation among Canadians aged 15 to 24. 2017. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017001/article/14697-eng.htm.
2. Jaycox LH, Stein BD, Paddock S, et al. Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. Pediatrics. 2009;124:e596-605. PM: 19736259
3. Siu AL, Force USPST. Screening for Depression in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Pediatrics. 2016;137:e20154467. PM: 26908686
4. Neves MG, Leanza F. Mood disorders in adolescents: diagnosis, treatment, and suicide assessment in the primary care setting. Prim Care. 2014;41:587-606. PM: 25124208
5. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012;379:2373-82. PM: 22726518
6. Korczak DJ, Canadian Paediatric Society MH, Developmental Disabilities C. Suicidal ideation and behaviour. Paediatr Child Health. 2015;20:257-64. PM: 4472054
7. Sedgwick R, Ougrin D. No better than chance? Developments in predicting adolescent suicide, a commentary on Mars et al. (2018) and Beckman et al. (2018). J Child Psychol Psychiatry. 2019;60:100-1. PM: 30556605
8. Mars B, Heron J, Klonsky ED, et al. What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. J Child Psychol Psychiatry. 2019;60:91-9. PM: 6334515
9. Cox G, Hetrick S. Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where? Evid Based Ment Health. 2017;20:35-40. PM: 28373210
10. Townsend E. Self-harm in young people. Evid Based Ment Health. 2014;17:97-9. PM: 25114299
11. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. Pediatrics. 2018. PM: 29483200
12. Canadian Medical Protective Association. Can a child provide consent? 2016. https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2014/can-a-child-provide-consent.
13. Radovic A, Reynolds K, McCauley HL, Sucato GS, Stein BD, Miller E. Parents' Role in Adolescent Depression Care: Primary Care Provider Perspectives. J Pediatr. 2015;167:911-8. PM: PMC4586359
14. National Institute for Health and Clinical Evidence (NICE). Clinical Guideline 28: Depression in children and young people: Identification and management in primary, community, and secondary care. 2005 (2015 updates).
15. US Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Depression in Children and Adolescents: Screening. 2016. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/depression-in-children-and-adolescents-screening1.

16. Lewandowski RE, Acri MC, Hoagwood KE, et al. Evidence for the management of adolescent depression. Pediatrics. 2013;132:e996-e1009. PM: PMC4074649

17. Richardson LP, McCauley E, Grossman DC, et al. Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for detecting major depression among adolescents. Pediatrics. 2010;126:1117-23. PM: 3217785

18. Centre for Effective Practice. Youth mental health: Anxiety and depression. 2017. thewellhealth.ca/YMH.

19. Richardson LP, Rockhill C, Russo JE, et al. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. Pediatrics. 2010;125:e1097-103. PM: PMC3100798

20. LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2002;12:113-26. PM: 12188980

21. Geller JG, S.; Chan, K.; Cockell, S.; Srikameswaran, S. . Clinical Practice Guidelines for the BC Eating Disorders Continuum of Services. 2013.

22. Ulfvebrand S, Birgegard A, Norring C, Hogdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. Psychiatry Res. 2015;230:294-9. PM: 26416590

23. Feingold D, Weiser M, Rehm J, Lev-Ran S. The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study. J Affect Disord. 2015;172:211-8. PM: 25451420

24. Grant CN, Belanger RE. Cannabis and Canada's children and youth. Paediatr Child Health. 2017;22:98-102. PM: 5804770

25. Cheung AZ, R.A.; Jensen, P.S. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC) Toolkit: The Reach Institute;2018.

26. Cole-King AG, G.; Gask, L.; Hines, L.; Platt, S. Suicide mitigation: a compassionate approach to suicide prevention. Advances in psychatric treatment. 2013;19:276-83. PM:

27. CHEO. Safety Plan for youth having thoughts of suicide. 2015. http://www.cheo.on.ca/en/Suicide-Safety-Plan.

28. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly. Can J Psychiatry. 2016;61:588-603. PM: 4994788

29. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. Cochrane Database Syst Rev. 2006:CD004691. PM: 16856055

30. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. Pediatrics. 2018. PM: 29483201

31. Bevan Jones R, Thapar A, Stone Z, et al. Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. Patient Educ Couns. 2018;101:804-16. PM: 5933524

32. Richardson LP, Ludman E, McCauley E, et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. JAMA. 2014;312:809-16. PM: PMC4492537

33. Weersing VR, Jeffreys M, Do MT, Schwartz KT, Bolano C. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. J Clin Child Adolesc Psychol. 2017;46:11-43. PM: 5296370

34. Merry SN, Stasiak K, Shepherd M, Frampton C, Fleming T, Lucassen MF. The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. BMJ. 2012;344:e2598. PM: 3330131

35. Pu J, Zhou X, Liu L, et al. Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. Psychiatry Res. 2017;253:226-32. PM: 28391140

36. Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, et al. Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents - a meta-analysis of randomized controlled trials. J Child Psychol Psychiatry. 2019;60:244-58. PM: 30345511

37. Huang J, Nigatu YT, Smail-Crevier R, Zhang X, Wang J. Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychiatr Res. 2018;107:1-10. PM: 30300732

38. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA. 2007;297:1683-96. PM: 17440145

39. Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. J Child Psychol Psychiatry. 2005;46:735-54. PM: 15972068

40. Jane Garland E, Kutcher S, Virani A, Elbe D. Update on the Use of SSRIs and SNRIs with Children and Adolescents in Clinical Practice. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;25:4-10. PM: 4791100

41. Korczak DJ. Use of selective serotonin reuptake inhibitor medications for the treatment of child and adolescent mental illness. Paediatr Child Health. 2013 (reaffirmed 2018);18:487-91. PM:

42. Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD004851. PM: 23152227

43. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ. 2009;180:291-7. PM: 2630355

44. March J, Silva S, Petrycki S, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. JAMA. 2004;292:807-20. PM: 15315995

45. Santiago S. Treating Teen Depression in Primary Care. Pediatr Ann. 2015;44:466-70. PM: 26587812

46. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. Am J Psychiatry. 1997;154:1593-8. PM: 9356570

47. Simon GE, Revicki D, VonKorff M. Telephone assessment of depression severity. J Psychiatr Res. 1993;27:247-52. PM: 8295157

48. Chen RY, Feltes JR, Tzeng WS, et al. Phone-Based Interventions in Adolescent Psychiatry: A Perspective and Proof of Concept Pilot Study With a Focus on Depression and Autism. JMIR Res Protoc. 2017;6:e114. PM: 5493787

49. Clarke G, DeBar LL, Pearson JA, et al. Cognitive Behavioral Therapy in Primary Care for Youth Declining Antidepressants: A Randomized Trial. Pediatrics. 2016;137. PM: PMC4845864

50. Calati R, Pedrini L, Alighieri S, et al. Is cognitive behavioural therapy an effective complement to antidepressants in adolescents? A meta-analysis. Acta Neuropsychiatr. 2011;23:263-71. PM: 28183382

51. Cox GR, Callahan P, Churchill R, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2014:CD008324. PM: 25433518

52. National Institute for Health and Clinical Evidence (NICE). Depression in children and young people. Evidence Update 422013.

53. Brent D, Emslie G, Clarke G, et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. JAMA. 2008;299:901-13. PM: 2277341

ANNEXE 1.

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DES PATIENTS-9 (PHQ-9)

Au cours des <u>deux dernières semaines</u>, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? *(Cochez « ✓ » la case appropriée)*	**Pas du tout**	**Plusieurs jours**	**Plus de la moitié des jours**	**Presque tous les jours**
1. Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un échec ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des tâches telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

ÉVALUATION DU SCORE : *0* **+** _____ **+** _____ **+** _____

=Score total : _____

Si vous avez coché au moins <u>un</u> des problèmes cités dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu <u>difficile(s)</u> votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile(s)	**Plutôt difficile(s)**	**Très difficile(s)**	**Extrêmement difficile(s)**
☐	☐	☐	☐

Élaboré par les Drs Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collaborateurs grâce à une subvention à la formation de Pfizer inc. Aucune autorisation n'est requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer ce document.

Calcul du score : Un score ≥ 11 est considéré comme positif pour le dépistage de la dépression. Remarque : À titre d'outil de dépistage de la dépression chez les adolescents, sa valeur prédictive négative est élevée, mais sa valeur prédictive positive est faible. Les scores positifs doivent être suivis d'une entrevue détaillée.

Score	**Gravité de la dépression**
1 à 4	Minime
5 à 9	Légère
10 à 14	Modérée
15 à 19	Modérément grave
20 à 27	Grave

Le questionnaire PHQ-9 est accessible en ligne au : https://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10049256/f/201412/PHQ9_French%20for%20Canada.pdf

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2019

ANNEXE 2. Échelle de Kutcher d'évaluation de la dépression chez les adolescents (KADS) en six questions

Au cours de la dernière semaine, comment t'es-tu senti « en moyenne » ou « en général » :

1) Abattu(e), triste, « bof » ou cafardeux(-se), déprimé(e), indifférent(e).
    a) presque jamais
    b) très souvent
    c) la plupart du temps
    d) tout le temps
2) Sentiment d'inutilité, de désespoir, impression de laisser tomber les gens, de ne pas être une bonne personne.
    a) presque jamais
    b) très souvent
    c) la plupart du temps
    d) tout le temps
3) Sensation de fatigue, épuisement, manque d'énergie, difficulté à se motiver, besoin de se forcer pour faire les choses, envie fréquente de se reposer ou de s'allonger.
    a) presque jamais
    b) très souvent
    c) la plupart du temps
    d) tout le temps
4) Sentiment que la vie n'est pas très amusante, ne pas se sentir bien quand normalement (avant de tomber malade) on se sentirait bien, ne pas tirer autant de plaisir que d'habitude (avant de tomber malade) en faisant des choses amusantes.
    a) presque jamais
    b) très souvent
    c) la plupart du temps
    d) tout le temps
5) Sensation d'inquiétude, de nervosité, de panique, de tension, de fébrilité, d'anxiété.
    a) presque jamais
    b) très souvent
    c) la plupart du temps
    d) tout le temps
6) Pensées, projets ou actes à caractère suicidaire ou autodestructeur.
    a) pas de pensées, de projets ou d'actes
    b) pensées occasionnelles, pas de projets ou d'actes
    c) pensées fréquentes, pas de projets ou d'actes
    d) projets ou actes qui ont fait du tort

Calcul du score

Score à chaque question :
a) = 0
b) = 1
c) = 2
d) = 3
Additionner les six scores pour obtenir un score total unique.

Interprétation :
Les scores totaux supérieurs ou équivalant à 6 indiquent une « dépression possible » (et la nécessité d'une évaluation plus approfondie).
Les scores totaux inférieurs à 6 indiquent « l'absence probable de dépression ».

Source : LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2019

ANNEXE 3. Médicaments pour les adolescents souffrant de dépression

	Médicament	Posologie mg/jour			Effets indésirables	Coût par mois**
		Initialement	Augmenter la dose par paliers toutes les 2-4 semaines	Intervalle efficace		
ISRS appuyés par des données probantes issues d'études comparatives randomisées	Fluoxétine (premier choix – meilleures données probantes)	10	10	10 à 40†	Notamment pendant les quatre premières semaines : idées suicidaires – surveillance étroite requise Transitoires (disparaissent habituellement après les deux premières semaines) : somnolence, effets GI, agitation/ impulsivité, céphalées, agitation Non transitoires (peuvent causer une souffrance et nuire à l'observance) : dysfonction sexuelle, gain pondéral Autres : manie/hypomanie, états d'activation, altération de la fonction plaquettaire, fractures, hyponatrémie	21 $ à 31 $
	Sertraline	25	25	25 à 200		21 $ à 31 $
	Citalopram*	10	5 à 10	10 à 40		14 $
	Escitalopram	5	5	10 à 20		21 $

* Non recommandé chez les patients présentant un syndrome congénital du QT long, une cardiopathie congénitale ou une insuffisance hépatique.
** Ne comprend pas les frais d'ordonnance.
† Si la dose de 10 mg n'est pas remboursée par les régimes provinciaux d'assurance médicaments, il est possible de prendre 20 mg tous les deux jours compte tenu de la longue demi-vie du médicament.

Sources : 1) Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. *Pediatrics.* Feb 26 2018.; **2)** Centre for Effective Practice. Youth mental health: Anxiety and depression. 2017. www.thewellhealth.ca/YMH.; **3)** Jane Garland E, Kutcher S, Virani A, Elbe D. Update on the Use of SSRIs and SNRIs with Children and Adolescents in Clinical Practice. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2016;25(1):4-10.; **4)** Korczak DJ. Use of selective serotonin reuptake inhibitor medications for the treatment of child and adolescent mental illness. Paediatrics & child health. 2013 (reaffirmed 2018);18(9):487-491.;

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2019

RESSOURCES À L'INTENTION DES ADOLESCENTS

RESSOURCES DE SÉCURITÉ EN CAS D'URGENCE

Les services énumérés ci-dessous sont accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, par téléphone, par messagerie texte ou par clavardage, dans toutes les provinces et tous les territoires. Les deux sont gratuits, anonymes et confidentiels.

- **Aide téléphonique pour les enfants :**
  Services de *counselling* en santé mentale, relations, intimidation et beaucoup plus pour les personnes âgées de 5 à 20 ans.
  Ligne sans frais : 1-800-668-6868
  Message-texte : texter « PARLER » au 686868
  Clavardage en ligne : https://jeunessejecoute.ca/clavarde-en-ligne/
- **Services de crises du Canada :**
  Soutien pour les personnes de tous âges qui pensent au suicide, qui sont ou qui ont été touchées par le suicide.
  Ligne sans frais : 1-866-996-0991
  Message-texte : 45645

RESSOURCES EN LIGNE

- **E-couch** (en anglais) **https://ecouch.anu.edu.au**
  Un programme interactif d'auto-assistance proposant des modules sur la dépression, l'anxiété et l'inquiétude, la rupture amoureuse, la perte, le deuil et bien plus encore. Gratuit et anonyme.
- **Mind Your Mind** (en anglais) **www.mindyourmind.ca**
  Un site conçu pour les jeunes par des jeunes qui fournit de l'information, des ressources et des outils pour aider les jeunes gens à faire face au stress, aux crises et aux problèmes de santé mentale. Les jeunes s'y retrouvent pour discuter de ce qu'ils vivent et de ce qu'ils savent.
- **Mood Gym** (en anglais) **https://moodgym.com.au/**
  Un site interactif qui aide les usagers à déterminer s'ils ont des problèmes émotionnels du type anxiété et dépression, et à acquérir les compétences qui leur permettront de composer avec ces émotions. Il est accessible moyennant un abonnement payant.
- **SPARX** (en anglais) **https://www.sparx.org.nz/about**
  Une application visant à aider les jeunes atteints de dépression légère à modérée. Cette méthode est basée sur un type de « thérapie par la parole » appelée thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui enseigne les moyens de composer avec les pensées et sentiments négatifs afin de raisonner de façon plus équilibrée et plus constructive, et de faire des choses qui soient agréables et porteuses de satisfaction. L'application est offerte gratuitement dans l'App Store et Google Play.
- **Mind Shift** (en anglais)
  Une application conçue pour aider les adolescents et les jeunes adultes à faire face à l'anxiété. Elle peut contribuer à transformer le rapport à l'anxiété : plutôt que d'essayer d'éviter l'anxiété, les personnes concernées apprendront à opérer un grand tournant et à y faire face. L'application est offerte gratuitement dans l'App Store et Google Play.
- **Breathing Room** (en anglais) **https://breathingroom.me/**
  Une application offerte au prix de 4,99 $ dans iTunes ou Google Play. Elle est conçue pour les jeunes et les jeunes adultes « qui se sentent stressés, déprimés, dépassés ou coincés »; elle est parrainée par de nombreux organismes sans but lucratif dans tout le Canada. Elle est composée de 8 modules d'une durée de 2 à 3 heures qui peuvent être répartis dans la semaine.
- **Head Space** (en anglais) **https://www.headspace.com**
  Une application gratuite de méditation sur la pleine conscience offerte dans iTunes ou Google Play.

Autres sources locales que je recommande :

_____

_____

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2019

RESSOURCES À L'INTENTION DES PARENTS

Association canadienne pour la santé mentale

- Accès national aux ressources favorisant le maintien et l'amélioration de la santé mentale. Information sur la santé mentale au https://www.camh.ca/fr/info-sante
- Les filiales de l'ACSM au Canada offrent une vaste gamme de services et de soutiens novateurs aux personnes atteintes de maladie mentale et à leur famille. Trouvez une filiale près de chez vous au https://cmha.ca/branches/division-du-quebec-et-filiale-de-montreal

Centre de toxicomanie et de santé mentale https://www.camh.ca/fr/info-sante

- Une mine de connaissances et de renseignements pratiques sur la façon de répondre aux questions et aux préoccupations concernant la maladie mentale et la toxicomanie.

eSantéMentale.ca https://www.esantementale.ca/

- Aide en santé mentale (répertoire des services et organismes de santé mentale).
- Renseignements sur une variété d'affections et de sujets en santé mentale.
- Outils de dépistage : Découvrez si un être cher a un problème de santé mentale grâce à un outil de dépistage en ligne gratuit.
- Calendrier des événements : Renseignements sur les événements locaux en santé mentale.
- Fil de nouvelles : Information sur les dernières nouvelles en santé mentale.
- Répertoire de recherche : Renseignements sur les études de recherche locales.

TeenMentalHealth.org (en anglais) http://teenmentalhealth.org/care/parents/

- Information, ressources et outils pour les jeunes et leurs amis, les parents, les enseignants et les professionnels de la santé – tous créés pour aider à mieux gérer les problèmes de santé mentale des adolescents.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
août 2019